



So 'Lyon Mutuelle
18 rue Gabriel Péri – CS 30094
69 623 Villeurbanne Cedex

BULLETIN D'ADHÉSION – SO'SANTÉ

CADRE RÉSERVÉ À LA MUTUELLE :

Origine de l'adhésion : Site internet

Nom et prénom du conseiller : _____

Date d'adhésion : ____ / ____ / ____

Ancien adhérent : oui non

Ancien Ayant Droit : oui non

N° de suivi : _____

Fait le : ____ / ____ / ____

Visa de la Mutuelle

A _____

ADHÉRENT :

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA): ____ / ____ / ____

Adresse : _____

E-mail : _____ @ _____ . _____ Tél : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

VOS BÉNÉFICIAIRES :

CONJOINT / CONCUBIN / PACSÉ À CHARGE SÉCURITÉ SOCIALE : **à renseigner seulement s'il est votre bénéficiaire Sécurité Sociale, rattaché sur votre Carte Vitale**

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : ____ / ____ / ____

ENFANT(S)/ PERSONNE(S) À CHARGE : à renseigner seulement s'ils sont vos bénéficiaires Sécurité Sociale

Nom	Prénom	Sexe (F/M)	Date de naissance

ADHÉSION DANS LE CADRE D'UN PARRAINAGE:

Nom & prénom du parrain : _____

N° identifiant SLY : _____

OFFRE COUPLE: *20% DE REMISE OFFERTS SI VOTRE CONJOINT ADHÈRE OU EST DÉJÀ ADHÉRENT

Dans ce cas, merci d'indiquer son numéro d'identifiant SLY : _____

*Article 37 du règlement mutualiste

➔ Ma garantie santé

Je choisis le produit * :

- 10 (pas de module ni de renfort)
 11
 12
 13
 14
 15

Je choisis le module * :

- 11
 12
 13
 14
 15

Renfort « Bien-être » offert (à compléter par votre conseiller) :

- Jeune-solo
 Famille
 Senior

*Je coche le produit et le module qui constituent ma garantie.

J'ai bien noté que la Garantie Obsèques (GO) est obligatoire avec le contrat santé.

→ Ma garantie complément de salaire

Je relève du Titre IV du statut général des fonctionnaires (titulaire, stagiaire, contractuel de la fonction publique hospitalière), je suis en activité et je répons aux conditions de l'article 23 du règlement mutualiste.

L'OPTION COMPLÉMENT DE SALAIRE Oui Non

→ Montant de la cotisation

MONTANT MENSUEL DE LA COTISATION

Santé : _____ €

Complément de salaire : _____ €

Garantie Obsèques : 1,80 €

TOTAL : _____ €

REGLEMENT DES COTISATIONS

Prélèvement automatique

Paiement par chèque

→ Télétransmission « Noémie »

En cochant cette case, je ne souhaite pas bénéficier de la télétransmission automatique via ma Carte Vitale avec la Sécurité Sociale pour mes ayants-droit et moi. Dans ce cas **je m'engage à transmettre mes décomptes sécurité sociale pour bénéficier des prestations de ma mutuelle.**

→ Pièces à fournir

Pour le contrat santé :

- La photocopie de votre attestation de droits à l'Assurance Maladie datée de moins de 3 mois (téléchargeable sur votre compte Ameli ou à demander à votre CPAM) et éventuellement celles des autres bénéficiaires immatriculés à un régime obligatoire.
- Un relevé d'identité bancaire si vous optez pour le prélèvement automatique de vos cotisations et pour le virement de vos prestations sur votre compte.
- Un relevé d'identité bancaire pour tout bénéficiaire de plus de 16 ans, souhaitant percevoir ses prestations sur son propre compte. Pour vos enfants ayants droit mutualistes jusqu'à 26 ans, fournir la photocopie de l'attestation Vitale sur laquelle figure l'ouverture de leurs droits ainsi que le justificatif de leur situation : carte d'étudiant, contrat d'apprentissage ou notification Pôle Emploi.
- Le Mandat SEPA complété.
- Le certificat de radiation de votre précédente mutuelle (le cas échéant). Dans le cas contraire votre adhésion prendra effet le premier jour du mois suivant.
- La photocopie de votre carte d'identité recto-verso.

Pour le complément de salaire :

- Votre dernier bulletin de salaire.

Je déclare avoir reçu les statuts et le règlement mutualiste correspondant à ma garantie et m'engage à les respecter.

Mon adhésion prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant la demande et à réception à la Mutuelle du présent bulletin d'adhésion complété, signé et accompagné des pièces justificatives à fournir.

Les informations recueillies dans le présent bulletin font l'objet d'un traitement informatique destiné au fichier adhérents tenu par la Mutuelle. Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant qui peut être exercé auprès de la mutuelle à l'adresse de son siège social.

Dans le cas d'une adhésion par internet ou courrier, vous disposez d'un délai de rétractation de 14 jours à partir de votre date d'adhésion.

Les garanties santé sont assurées par So Lyon Mutuelle, régie par le livre II du Code de la Mutualité sous le N° SIREN 779846849 dont le siège est situé 18, rue Gabriel Péri – CS 30094 69623 VILLEURBANNE CEDEX.

La garantie obsèques est assurée par HUMANIS PREVOYANCE, Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale, immatriculée sous le n° SIREN 410 005 110, dont le siège est situé 29 Boulevard Quinet 75014 PARIS (cotisation de 1.80 € par mois).

Fait le _____

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

A _____