

6, route de Rouffach - 68027 Colmar Cedex
 Tél : 03 89 20 80 00 - Fax : 03 89 24 98 37
 Mail : info@mc-alsace.fr - Internet : www.mc-alsace.fr

Lignes adhésion : 03 89 20 80 24 ou 03 89 20 80 25

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité
 Numéro d'immatriculation au Registre National des Mutuelles : 778 900 027

☐ ADHESION

N° sociétaire MCA :

☐ MODIFICATION

N° Entreprise MCA :

ADHERENT PRINCIPAL	CONJOINT
NOM :	NOM :
PRENOM :	PRENOM :
Nom de jeune fille :	Nom de jeune fille :
NE(E) LE : <input type="text"/>	NE(E) LE : <input type="text"/>
Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/>	Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/>
N° SECURITE SOCIALE : <input type="text"/>	PARTIE A COMPLETER SI IMMATRICULATION A UN REGIME OBLIGATOIRE
REGIME OBLIGATOIRE : Local <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> TNS <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>	N° SECURITE SOCIALE : <input type="text"/>
	REGIME OBLIGATOIRE : Local <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> TNS <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>
ADRESSE :	
TELEPHONE PRIVE : <input type="text"/>	
PROFESSIONNEL : <input type="text"/>	
PROFESSION :	PROFESSION :
CATEGORIE PROFESSIONNELLE : Cadre <input type="checkbox"/> Non Cadre <input type="checkbox"/> TNS <input type="checkbox"/>	CATEGORIE PROFESSIONNELLE : Cadre <input type="checkbox"/> Non Cadre <input type="checkbox"/> TNS <input type="checkbox"/>
EMPLOYEUR :	EMPLOYEUR :
DATE D'EMBAUCHE DEFINITIVE : <input type="text"/>	

ENFANTS OU AYANTS DROIT

Les enfants ou ayants droit bénéficient-ils du régime obligatoire : - du père ☐ Oui ☐ Non - de la mère ☐ Oui ☐ Non (cochez la case correspondante)

LIEN DE PARENTE	NOM - PRENOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE	NUMERO DE SECURITE SOCIALE	LOCAL	GENER.	TNS
1 ^{er} ENFANT							
2 ^e ENFANT							
3 ^e ENFANT							
4 ^e ENFANT							

Je sollicite l'adhésion à la MCA des personnes ci-dessus désignées à compter du

Pour complément santé : Normale ☐ Améliorée ☐ Maximale ☐ Option 1 ☐ Option 2 ☐ Option 3 ☐

DROIT D'ENTREE : Oui ☐ Non ☐ CARENCES : Oui ☐ Non ☐

Je reconnais avoir reçu les statuts de la Mutuelle ainsi que le règlement mutualiste (pour les garanties individuelles) ou la notice d'information (pour les contrats collectifs) concernant mon contrat.

**JOINDRE IMPERATIVEMENT : UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL,
 LA PHOTOCOPIE DES CARTES D'ASSURÉS SOCIAUX DE L'ENSEMBLE
 DES BÉNÉFICIAIRES, LE CERTIFICAT DE RADIATION DE VOTRE ANCIENNE
 COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (si vous en aviez une auparavant)**

A _____ le _____

Signature :

Catalogue "APPARTENANCE" : Oui ☐ Non ☐

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessous, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1/4/80 de la Commission Informatique et Libertés.