



Mutuelles UMC

Union soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - RNM : 784 491 995

35-37, rue Saint-Sabin – 75534 PARIS Cedex 11

Téléphone : 01 49 29 49 29 / Télécopie : 01 49 29 49 00

E-mail : umc@mutuelles-umc.fr

MUTUELLE DU PERSONNEL LCL

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - RNM : 784 205 221



2 8

CATÉGORIE

Situation de l'adhérent	Actif		Retraité/Extérieur		Étudiant (b)
	Alsace-Moselle (a)		Régime Alsace-Moselle (a)		
Garantie	<input type="checkbox"/> 202	<input type="checkbox"/> 226	<input type="checkbox"/> 208	<input type="checkbox"/> 231	<input type="checkbox"/> 641
Médoco-chirurgicale	<input type="checkbox"/> 203	<input type="checkbox"/> 227	<input type="checkbox"/> 209	<input type="checkbox"/> 232	<input type="checkbox"/> 642
Médoco-chirurgicale + option A	<input type="checkbox"/> 204	<input type="checkbox"/> 228	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 233	<input type="checkbox"/> 643
Médoco-chirurgicale + option B	<input type="checkbox"/> 205	<input type="checkbox"/> 229	<input type="checkbox"/> 211	<input type="checkbox"/> 234	<input type="checkbox"/> 644
Médoco-chirurgicale + option C	<input type="checkbox"/> 206	<input type="checkbox"/> 230	<input type="checkbox"/> 212	<input type="checkbox"/> 235	<input type="checkbox"/> 645
Médoco-chirurgicale + option D	Régime spécifique Extérieurs/Retraités : <input type="checkbox"/> 236		Régime spécial prélude Actifs/Extérieurs/Retraités : <input type="checkbox"/> 237		

MATRICULE PROPRE	N° D'IMMATRICULATION SÉCURITÉ SOCIALE OU N° D'ASSURANCE SOCIALE AGRICOLE	RÉGIME (1)	NOM en capitales	PRÉNOM	SEXE STATUT (2) (3)	DATE DE NAISSANCE
		ADHÉRENT				
		CONJOINT				
		1 ^{er} ENFANT				
		2 ^e ENFANT				
		3 ^e ENFANT				
		4 ^e ENFANT				
		ASCENDANT				

(2) INDICHER : 1 = MASCULIN - 2 = FÉMININ - (3) INDICHER : C = À CHARGE DE L'ADHÉRENT - S = SALARIÉ - A = ÉTUDIANT/APPRENTI - J = À CHARGE DU CONJOINT

N° MATRICULE LCL

0 2 0

PARTIE A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

DATE D'ENTRÉE AU LCL

PARTIE A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

N° DE DOSSIER

**ADHÉSION ENREGISTRÉE
À COMPTER DU**

COTISATIONS VERSÉES

MONTANT	BANQUE	NOM DU TIRÉ

PARTIE À REMPLIR PAR L'UMC

ADRESSE

CODE POSTAL **BUREAU DISTRIBUTEUR**

TÉLÉPHONE DOMICILE : **TÉLÉPHONE TRAVAIL :** **POSTE**

E-mail :

ÉTES-VOUS DÉJÀ ADHÉRENT À UNE MUTUELLE UMC ? (COCHEZ) **OUI** **NON**

SI OUI, MERCI D'INDIQUER VOTRE N° D'ADHÉRENT

RÉGIME OBLIGATOIRE⁽¹⁾

(0) ASSURÉ SOCIAL RÉGIME GÉNÉRAL

(1) ASSURÉ MSA

(2) T.N.S. (TRAVAILLEUR NON SALARIÉ NON AGRICOLE)

(4) ASSURÉ SOCIAL RÉGIME ALSACE-MOSELLE

(9) AUTRES, PRÉCISEZ :

Je soussigné(e), demande pour moi-même et pour les personnes ci-après désignées, l'adhésion à la Mutuelle.

— Je m'engage à me conformer aux dispositions statutaires et réglementaires de la Mutuelle.

— J'autorise la Mutuelle à faire éventuellement toutes opérations pour mon compte auprès de l'Assurance Maladie et de la Fédération mutualiste parisienne (FMP) et en particulier à transmettre toute information me concernant, nécessaire à la mise en œuvre du service NOEMIE (transmission automatique des décomptes Sécurité Sociale). Dans le cas contraire, j'informe par écrit le Service Contrat de mon refus

Je reconnais avoir reçu les statuts, le règlement mutualiste et la notice d'information.

Je dispose d'un délai de rétractation d'un mois à compter de la date d'enregistrement du présent bulletin d'adhésion (de signature du présent document).

DATEZ ET SIGNEZ : Fait à

Le

SIGNATURE

Souhaite que toutes les prestations soient directement payées à l'adhérent principal

OUI NON **COCHEZ OBLIGATOIREMENT OUI OU NON**

SI NON : précisez les bénéficiaires concernés :

CONJOINT ASCENDANT ENFANT(S) N°

* Joignez obligatoirement, avec le bulletin d'adhésion, les relevés d'identité bancaire (ou postal) correspondants (en l'absence de ces informations, votre demande ne pourra être prise en compte)

Les Mutuelles UMC
vous remercient
de votre confiance.

Pour faciliter
l'enregistrement
de votre adhésion,
nous vous prions
de remplir
soigneusement
votre bulletin
et de joindre
toutes les pièces
justificatives
demandées.



Bulletin d'adhésion à la Mutuelle du Personnel LCL

RAPPEL DES PIÈCES À FOURNIR

- Le bulletin d'adhésion : renseignez toutes les rubriques demandées.
- Le certificat de radiation (de moins de trois mois) en cas de mutation.
- Photocopie de l'attestation jointe à votre carte d'assuré social VITALE des membres de la famille.
- Un relevé d'identité bancaire ou postal, pour chaque personne bénéficiant du paiement des prestations.
- La demande de prélèvement bancaire complétée.
- La carte d'étudiant, si vous êtes étudiant.

PRÉLÈVEMENTS

Les prélèvements automatiques mensuels auront lieu le 28 de chaque mois pour le mois suivant.

CHANGEMENT DE MUTUELLE

Joignez un certificat de radiation délivré par votre ancienne mutuelle et précisant les personnes bénéficiaires ainsi que les risques couverts.

INFORMATIONS STATUTS PARTICULIERS

(a) Pour les adhérents bénéficiant du régime Alsace Moselle, l'adhésion sera effectuée dans ces catégories (prestations identiques, cotisations en fonction du régime). Pour cela, merci de renseigner précisément la rubrique "régime obligatoire" au recto et de joindre le justificatif correspondant (b). Pour les étudiants, merci de joindre la photocopie de votre carte d'étudiant.

MODALITÉS DE REMBOURSEMENTS

- Par virement automatique sur le compte bancaire ou postal.
« À leur demande, les mineurs de plus de seize ans peuvent être membres participants des mutuelles sans l'intervention de leur représentant légal. Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit de plus de seize ans, sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la Mutuelle ou de l'union. »

LOI N° 89-1009
DU 31 DÉCEMBRE 1989

Art. 9 – Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

DÉCRET N° 90-769
DU 30 AOÛT 1990

Art. 2 – Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

CONFORMÉMENT À LA LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS 78-17 DU 6/01/78, VOUS DISPOSEZ D'UN DROIT D'ACCÈS ET DE RECTIFICATION POUR TOUTE INFORMATION VOUS CONCERNANT SUR NOTRE FICHER EN VOUS ADRESSANT À UMC SERVICE CONTRAT.

Mutuelles UMC

Union soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - RNM : 784 491 995
Groupe FMP n°1709 - Siret 784 491 995 0014

35-37, rue Saint-Sabin – 75534 PARIS Cedex 11
Téléphone : 01 49 29 49 29 / Télécopie : 01 49 29 49 00
VOTRE MUTUELLE EN LIGNE : www.mutuelles-umc.fr
SERVEUR VOCAL : 01 49 29 49 49

Adressez votre envoi à
Mutuelles UMC
Service Développement
35-37, rue Saint-Sabin
75534 PARIS Cedex 11



Mutuelle soumise aux dispositions
du livre II du Code de la Mutualité
RNM : 784 205 221

Nos bureaux
sont ouverts
du lundi au vendredi
de 8 h 30 à 17 h.

