

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION DU SALARIÉ au régime Frais de santé

<input type="checkbox"/> Affiliation	Date d'effet : <input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> Modification	Date d'effet : <input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> Modifications administratives*	<input type="checkbox"/> Ajout ou radiation d'ayant(s)-droit

*sous réserve de la production des justificatifs prévus

1 INFORMATIONS

Relatives au salarié

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Date d'entrée dans l'entreprise : E-mail : @.....

Téléphone :

N° de Sécurité sociale : Date de naissance :

Situation de famille : Marié(e) Célibataire Veuf(ve) Divorcé(e) Concubin(e) Pacsé(e)

Relatives à votre employeur

Raison sociale de l'association :

Adresse :

N° de contrat et/ou SIREN :

2 NIVEAU DE COUVERTURE

En complément des garanties souscrites par votre employeur, vous pouvez étendre cette garantie à votre conjoint non à charge* en cochant la case s'y rapportant.

En % PMSS	Régime Général et MSA	Régime Alsace-Moselle et MSA
Conjoint non à charge* (facultatif)	<input type="checkbox"/> 2,16% PMSS	<input type="checkbox"/> 1,52% PMSS

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale – Valeur 2015 = 3 170 €

* Au sens de la Sécurité sociale

3 IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES

Pour votre affiliation et celle de vos ayants droit, merci de compléter le tableau ci-dessous :

Nom	Prénom	Lien ⁽¹⁾	N° Sécurité sociale	Date naissance	Rang ⁽²⁾	Connexion NOEMIE ⁽³⁾	
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

(1) Lien de parenté - (2) Rang de naissance - (3) Télétransmission des décomptes : cocher "oui" ou "non"

IMPORTANT :

Votre conjoint, concubin ou partenaire de Pacs est-il déjà affilié à un contrat frais de santé par un autre organisme assureur : oui non

Dans l'affirmative, ou sans réponse de votre part, nous considérerons que votre conjoint(e) continuera à être affilié(e) à son contrat frais de santé après votre affiliation. Les personnes inscrites sur la Carte vitale de votre conjoint(e) ne bénéficieront pas du système Noémie ni du tiers payant, tout en conservant cependant le droit aux remboursements complémentaires.

En cas de radiation des effectifs de votre entreprise, vous devrez retourner à la mutuelle gestionnaire sans délai votre carte de tiers payant.

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

Adhérent	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale Relevé IBAN du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations
Conjoint	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale s'il est lui-même assuré social
Concubin	Photocopie d'un justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture EDF, d'un avis d'imposition... Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale s'il est lui-même assuré social
Partenaire de PACS	Photocopie du pacte civil de Solidarité ou attestation d'inscription au Registre du greffe du Tribunal d'Instance Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale s'il est lui-même assuré social.
Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale du salarié ou de son conjoint ou concubin justifiant de la qualité d'ayant droit.
Enfant de moins de 28 ans, étudiant	Photocopie du certificat de scolarité ou copie de la carte étudiant de l'année en cours Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale du régime étudiant.
Enfant de moins de 28 ans en contrat d'apprentissage ou formation en alternance	Photocopie du contrat d'apprentissage ou de formation en alternance Photocopie du dernier bulletin de salaire Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale
Enfant de moins de 28 ans demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi, dans la limite de 12 mois.	Photocopie du contrat de scolarité de la dernière année d'étude Photocopie de l'attestation d'inscription à Pôle Emploi Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale
Enfant atteint d'une infirmité l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon la réglementation Ss)	Photocopie de la notification d'invalidité ou décision de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées).

4 FORMALITÉS

Fait à.....

le

Signature du salarié :

Cachet de l'entreprise et signature de son représentant légal

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage des organismes assureurs et gestionnaires. Vous pouvez exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à Mutex, 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex ou à l'organisme ayant recueilli l'adhésion de votre entreprise.

5 À RETOURNER À :

.....
.....

EOVI-MCD Mutuelle

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité,
Immatriculée au répertoire Siren sous le numéro 317 442 176
Siège Social : 25, route de Monfavet - BP 2034
84023 AVIGNON CEDEX I

Le contrat est coassuré par Adréa Mutuelle, Apréva, Chorum, Eovi-Mcd Mutuelle, Harmonie Mutuelle et Mutuelle Ociane. Organismes présentés dans les conditions générales et la notice d'information.