



ENTREPRISES RELEVANT DE LA CCN DE LA MAROQUINERIE

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION DU SALARIÉ

Régime Frais de santé

Niveau souscrit par l’entreprise : BASE

AFFILIATION

MODIFICATION

Modification administrative

Ajout / radiation d’ayant(s) droit

Changement d’option

1 EMPLOYEUR

Raison sociale : _____

SIRET :

Adresse : _____

2 SALARIÉ

Nom : _____ Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____ Date d’entrée dans l’entreprise : _____

Date d’effet de l’affiliation : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Adresse mail : _____ Téléphone : _____

Date de naissance Numéro de Sécurité sociale :

Télétransmission Noémie : Souhaitez-vous la télétransmission automatique de vos décomptes entre votre CPAM (Caisse Primaire d’assurance Maladie) et votre Mutuelle : Oui Non

3 OPTIONS CHOISIES et COTISATIONS MENSUELLES, en pourcentage du PMSS*

Pour rappel, votre entreprise a souscrit le régime de base, votre part de cotisation est prélevée sur votre salaire. En complément du régime obligatoire souscrit par votre entreprise, vous pouvez améliorer vos garanties et/ou en faire bénéficier vos ayants droit, à titre individuel et facultatif.

La cotisation supplémentaire mensuelle correspondante sera entièrement à votre charge. Elle sera prélevée mensuellement d’avance par la mutuelle sur votre compte bancaire.

Je souhaite **AFFILIER MES AYANTS DROIT AU REGIME DE BASE :**
Mon conjoint (ou concubin, ou pacsé) **Mes enfants à charge** Nombre : ___

	Régime général	Régime local Alsace Moselle
Conjoint	1,06%	0,54%
Par enfant (gratuité au 3 ^{ème})	0,53%	0,27%

Je souhaite **AMÉLIORER MES GARANTIES** en souscrivant à : **l’OPTION 1** **l’OPTION 2**
 Ce choix vaut pour vous-même et, le cas échéant, pour vos ayants droit (même niveau de couverture par famille).

	OPTION 1	OPTION 2
Par adulte	+ 0,81%	+ 1,20%
Par enfant (gratuité au 3 ^{ème})	+ 0,37%	+ 0,55%

*PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale –A titre indicatif, sa valeur est de 3 170 € pour 2015.

5 Identification des BÉNÉFICIAIRES

A compléter si vous avez souscrit à l'option « AFFILIER MES AYANTS DROIT ».

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTÉ (1)	N° SECURITE SOCIALE	DATE DE NAISSANCE	CODE SS (2)	TELETRANSMISSION NOEMIE OUI / NON
		C	-----			
		E	-----			
		E	-----			
		E	-----			
		E	-----			

(1) Lien de parenté – **C** : conjoint ou « assimilé » - **E** : enfant à charge de l'adhérent ou de son conjoint

(2) Code SS – 1 : Régime Général - 2 : Régime Local - 3 : Travailleur indépendant- 4 : Régime étudiant- 5 : autre

6 PIÈCES JUSTIFICATIVES à joindre

QUALITE DU BENEFICIAIRE	PIECES JUSTIFICATIVES (COPIES)
Tous	- Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (vitale)
Salarié	- Livret de famille, s'il y a des ayants droit non à charge au sens de la Sécurité sociale, - Relevé d'Identité Bancaire du compte sur lequel vous désirez percevoir les prestations. - Pour les options facultatives individuelles : une autorisation de prélèvement SEPA.
Concubin, Partenaire de PACS	- Justificatif de vie commune (quittance loyer, facture EDF, etc.) ou convention de PACS
Enfant âgé de moins de 28 ans :	
• étudiant	- Certificat de scolarité ou carte d'étudiant
• en alternance	- Contrat d'apprentissage ou de professionnalisation
• A la recherche d'un premier emploi	- Attestation d'inscription au Pôle Emploi
Enfant en situation de handicap avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80%	- Tout document justificatif (notification de l'invalidité, attestation versement de l'AES, AAH, AHH...)

7 FORMALITÉS

Je reconnais avoir reçu le descriptif des garanties des contrats.

J'accepte que mon affiliation aux garanties facultatives ainsi que l'affiliation de mes ayants droit prennent effet à la date d'effet de l'affiliation indiquée sur le présent bulletin et je reconnais avoir été informé du montant des cotisations dues en contrepartie.

J'autorise à prélever sur mon compte bancaire le montant de ces cotisations et je remplis et signe le mandat de prélèvement joint (SEPA).

Votre organisme assureur met en œuvre un traitement de données à caractère personnel, afin de gérer votre contrat. Les données collectées sont indispensables à cet effet. Elles pourront être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle et le cas échéant de lutte contre le blanchiment. Vous disposez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes concernant ces données, que vous pouvez exercer par courrier, accompagné d'un titre d'identité.

Je m'oppose à recevoir vos offres commerciales

Fait à : _____ Le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Signature du salarié

8 BULLETIN À RETOURNER À :

Le contrat est coassuré par Malakoff Médéric, Mutex, Adréa, Apréva, Eovi Mcd Mutuelle, Harmonie Mutuelle, Ociane, organismes présentés dans la notice d'information.

Autorité de Contrôle : A.C.P.R. 61 rue Taitbout - 75009 PARIS



Société anonyme à directoire et conseil de surveillance, au capital de 37 302 300 euros. Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Nanterre 529 219 040
Siège social : 125, avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex

