

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION OU DE MODIFICATION AU CONTRAT SANTE DE GROUPE

Identification de l’Entreprise

Raison sociale de l’entreprise : PEP64
SIRET :
Population : EVIN DECRET 2017
N° de contrat : CT1023167

Date d’effet :

Date d’entrée
dans l’entreprise :

Adhésion Modification

N° adhérent OCIANE :
(si vous êtes déjà adhérent)

Adhérent (Membre participant)

Salarié actif

NOM	Prénom	N° Sécurité sociale	Régime ⁽¹⁾	Centre S.social ⁽²⁾
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Sexe (H/F) : <input type="text"/>		<input type="text"/>	
Tarif Année 1 : 0.96% PMSS - Tarif Année 2 : 1.20% PMSS - Tarif Année 3 : 1.44% PMSS				

ADRESSE :

CP :

Ville :

Téléphone :

(mobile)

e-mail :

(fixe)

Je choisis de m’abonner gratuitement aux e-relevés de prestations (suivi de vos remboursements santé sur Internet)
et d’être averti(e) par par e-mail OU par SMS Je ne souhaite pas m’abonner

Garanties

GARANTIES DE BASE

Adhésion pour vos ayants droit

L’adhésion de vos ayants droit est obligatoire ou facultative en fonction du régime sélectionné par votre entreprise (renseignez-vous auprès de votre employeur). Pour les faire bénéficier de votre couverture, remplissez les informations demandées dans le tableau ci-après.

Lien de Parenté	NOM	Prénom	N° Sécurité sociale	Régime ⁽¹⁾	Centre S.Social ⁽²⁾	Tarif
Conjoint			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>		1.58% PMSS
	Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Sexe (H/F) : <input type="text"/>				
1 ^{er} enfant			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>		0.62% PMSS
	Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Sexe (H/F) : <input type="text"/>				
2 ^e enfant			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>		0.62% PMSS
	Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Sexe (H/F) : <input type="text"/>				
3 ^e enfant ⁽³⁾			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>		-
	Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Sexe (H/F) : <input type="text"/>				

(1) Régime : 01 = Régime général 02 = Régime agricole 03 = Travailleur indépendant ou profession libérale 04 = Autres régimes (RATP, SNCF...)

(2) Centre de Sécurité sociale – ex : CPAM Gironde, MSA Bayonne...

Raison sociale de l'entreprise : **PEP64**

CT : **CT1023167**

Nom de l'adhérent :

Prénom :

GARANTIES SUR-COMPLEMENTAIRES : ADHESION FACULTATIVE

Vous avez également la possibilité d'améliorer votre niveau de couverture en choisissant de souscrire la garantie sur-complémentaire facultative.

Cette cotisation est intégralement à votre charge.

NIVEAU 1

Si vous avez couvert vos ayants droit au module de base, le niveau de la garantie sur-complémentaire que vous choisissez sera la même pour vous et votre famille.

	Niveau 1
Ancien Salarié	+ 0.69 % PMSS
Conjoint	+ 0.73 % PMSS
Enfant	+ 0.27 % PMSS

Connexion NOEMIE : Si vous n'autorisez pas la télétransmission des informations entre la Sécurité sociale et OCIANE, cochez la case ci-contre.

COTISATIONS : Je désire que ma cotisation soit prélevée :

chaque mois chaque trimestre chaque semestre chaque année

Les prélèvements ont lieu le 5 du mois de chaque période sur le compte bancaire dont les coordonnées figurent ci-dessous.

PRESTATIONS : Je souhaite que les prestations soient virées sur le même compte bancaire (coordonnées ci-dessous) :

Oui
 Non, je joins alors un autre Relevé d'Identité Bancaire du compte qui recevra le versement des prestations.

*cochez la case de votre choix

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez OCIANE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'OCIANE. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée soit dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé soit sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Le présent mandat est valable jusqu'à l'annulation de votre part auprès d'OCIANE.

COORDONNEES DU DEBITEUR

Nom : Prénom :

Adresse :

COORDONNEES DU CREANCIER

OCIANE
8 terrasse du front du Médoc
33054 BORDEAUX CEDEX
ICS : FR95ZZZ460311

COMPTE A DEBITER

IBAN :

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

BIC :

Code international d'identification de votre banque – BIC (business Identifier Code)

ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

Nom :

Adresse :

Zone réservée à OCIANE

RUM (Référence Unique du Mandat)

Fait à :

Le :

IMPORTANT : Pensez à joindre votre RIB

Après avoir été informé(e) avant mon adhésion de l'ensemble de mes droits et obligations par la remise des statuts, des conditions générales et particulières du contrat, et du contenu de la garantie souscrite, je déclare en accepter les termes. Je certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sont complets et exacts, toute fausse déclaration entraînera ma radiation automatique de la Mutuelle.

Signature

GUIDE D'ADHESION SALARIE

1

1 Votre employeur a sélectionné un niveau de garanties de base

2

2 Vous avez la possibilité d'inscrire vos ayants-droit (conjoint, concubin, enfants...) sur le module de base en remplissant les informations concernant votre famille dans le tableau dédié.

Cette adhésion est facultative.

La cotisation sera intégralement à votre charge.

Adhésion pour vos ayants droit					
L'adhésion de vos ayants droit est obligatoire ou facultative en fonction du régime sélectionné par votre entreprise (renseignez-vous auprès de votre employeur). Pour les faire bénéficier de votre couverture, remplissez les informations demandées dans le tableau ci-après.					
Nom de l'ayant droit	NCM	Prénom	N° Sécurité sociale	Régime (1)	Centre S.Social (2)
Conjoint					
Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		Sexe (M/F) : [] []			
1 ^{er} enfant					
Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		Sexe (M/F) : [] []			
2 ^e enfant					
Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		Sexe (M/F) : [] []			
3 ^e enfant					
Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		Sexe (M/F) : [] []			

(1) Régime: 01 = Régime général, 02 = Régime agricole, 03 = Travailleur indépendant ou professionnel libéral, 04 = Autres régimes (RATP, SNCF...)
(2) Centre de Sécurité sociale: ex - CPAM Gironde, MSA Bayonne.
(3) Généralité pour le 3^e enfant: Si vous déclarez plus de 3 enfants, veuillez compléter les informations librement sur papier libre.

3

3 Le cas échéant, vous pouvez également améliorer le niveau de votre protection en souscrivant la sur-complémentaire.

La cotisation sera intégralement à votre charge.

Pour adhérer, cochez le niveau auquel vous souhaitez souscrire.

NIVEAU 1

A noter : Si vous avez couvert vos ayants droit au module de base, la garantie sur-complémentaire que vous choisissez sera la même pour vous et votre famille.

PIECES A JOINDRE A VOTRE BULLETIN D'AFFILIATION :

Adhérent	Copie de l'attestation de Carte Vitale* + RIB du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations+ Mandat de prélèvement SEPA (si souscription à une sur-complémentaire ou ayants droit)
Conjoint/Concubin/PACS	Copie de l'attestation de Carte Vitale*
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 26 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 26 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 26 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).
Pour toutes les adhésions facultatives (ayants droit, sur-complémentaires)	Mandat de prélèvement SEPA complété et signé.

* ou à défaut toute information nécessaire pour identifier votre caisse d'Assurance Maladie à remplir sur le Bulletin d'affiliation (Centre de Sécurité sociale / ex : CPAM gironde, MSA Bayonne...)