

Bulletin individuel d'affiliation ou de modification à un contrat de Prévoyance Collective Frais de santé

Identification de l'Entreprise

Raison sociale de l'entreprise : ASSO DEPARTEMENTALE DES PEP 64
N° SIRET : 77563866100469
N° de contrat : CT1032421
Code Produit : CCN ANIMAT
Population couverte : Salariés

Date d'effet :

Date d'entrée dans l'entreprise :

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

Adhésion Modification

Adhérent (Membre participant)

NOM	Prénom	N° Sécurité sociale	Régime ⁽¹⁾	Centre S.sociale ⁽²⁾
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"/> <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"/>	

ADRESSE :

CP :

Téléphone :

(mobile)
(fixe)

Ville :

E-mail :

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 de base s

Mon employeur a mis en place une garantie santé de groupe au bénéfice des salariés :

Je souhaite adhérer à la garantie de base proposée par mon employeur

L'adhésion du salarié actif est obligatoire.
L'employeur prend en charge au minimum 50% de la cotisation.

Formule de garanties

BASE

Je souhaite couvrir mes ayants droit.

L'adhésion pour vos ayants droit est obligatoire ou facultative en fonction du régime sélectionné par votre entreprise (renseignez-vous auprès de votre employeur). En cas d'adhésion facultative, la cotisation sera intégralement à votre charge. Pour les faire bénéficier de votre couverture, remplissez les informations demandées dans le tableau ci-après :

Lien de Parenté	NOM	Prénom	N° Sécurité sociale	Centre S.Sociale ⁽²⁾	Connexion NOEMIE ⁽⁴⁾
Conjoint					<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	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"/>	Régime ⁽¹⁾ : <input type="radio"/> 01 <input type="radio"/> 02 <input type="radio"/> 03 <input type="radio"/> 04		
1 ^{er} enfant					<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	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"/>	Régime ⁽¹⁾ : <input type="radio"/> 01 <input type="radio"/> 02 <input type="radio"/> 03 <input type="radio"/> 04		
2 ^e enfant					<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	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"/>	Régime ⁽¹⁾ : <input type="radio"/> 01 <input type="radio"/> 02 <input type="radio"/> 03 <input type="radio"/> 04		
3 ^e enfant ⁽³⁾					<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	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"/>	Régime ⁽¹⁾ : <input type="radio"/> 01 <input type="radio"/> 02 <input type="radio"/> 03 <input type="radio"/> 04		

(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...

(3) Gratuité à partir du 3^{ème} enfant. Si vous déclarez plus de 3 enfants, veuillez compléter les informations lisiblement sur papier libre.

(4) Précisez si vous autorisez la télétransmission des informations entre la Sécurité sociale et OCIANE

Raison sociale de l'entreprise : ASSO
DEPARTEMENTALE DES PEP 64

SIRET : 77563866100469

CT : CT1032421

Garanties optionnelles facultatives

Pour connaître le détail de vos garanties et de votre cotisation, reportez vous aux grilles remises par votre employeur.

Je bénéficie des garanties de base mises en place au sein de mon entreprise.

Je souhaite adhérer aux garanties optionnelles proposées par mon employeur :

OPTION1_F OPTION2_F

La cotisation est intégralement à votre charge. Les ayants droit couverts par les garanties de base seront automatiquement affiliés à la garantie optionnelle que vous aurez souscrite.

L'affiliation pour les garanties optionnelles facultatives doit être effectuée dans les 3 mois suivant l'adhésion de votre entreprise au module de base ou de votre entrée dans l'entreprise.

Elles débiteront alors rétroactivement à la même date d'effet que votre contrat de base.

En dehors de cette période d'affiliation initiale, la souscription ou la modification des garanties optionnelles n'est possible qu'après 12 mois d'assurance : les demandes de modification sont prises en compte au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Modalités de paiement et remboursements

Cotisations : Ma cotisation sera prélevée le 5 de chaque mois 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

Fait à :

Le :

J	J	M	M	2	0
A	A	A	A	A	A

Signature

MERCI DE NE PAS AGRAFER LES DOCUMENTS SVP

GUIDE D'ADHESION

Pour bénéficier des conseils d'Ociane, appelez le **05 57 81 15 15**

- **Votre employeur a sélectionné un niveau de garanties de base à destination de ses salariés.** Il prend en charge au minimum 50% de la cotisation obligatoire.
Pour adhérer, remplissez les informations vous concernant (coordonnées...).
- **Vous avez la possibilité d'ajouter 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 ou obligatoire en fonction du choix de votre entreprise. En cas d'adhésion facultative, la cotisation additionnelle sera intégralement à votre charge.
- **Vous pouvez également améliorer le niveau de votre protection en souscrivant une garantie optionnelle.**
La cotisation additionnelle sera intégralement à votre charge.
Pour adhérer, cochez le niveau que vous souhaitez souscrire.
A noter : Si vous avez couvert vos ayants droit au module de base, le niveau de la garantie optionnelle que vous choisissez sera la même pour vous et votre famille.
- Datez, signez et renvoyez le bulletin complété accompagné des pièces jointes demandées (liste ci-dessous) à l'adresse suivante : **Mutuelle OCIANE – Pôle Entreprises – 35 rue Claude Bonnier – 33054 BORDEAUX CEDEX.**

Pièces à joindre à votre bulletin individuel d'affiliation :

Adhérent	Photocopie de l'attestation « papier » de la carte Vitale* + RIB du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations+ Mandat de prélèvement SEPA (si souscription à une garantie facultative : option ou ayants droit).
Conjoint/Concubin/PACS	Photocopie de l'attestation « papier » de la carte Vitale.
Enfant à charge de moins de 18 ans de l'adhérent	Photocopie de l'attestation « papier » de la carte Vitale sur laquelle figure l'enfant. Naissance : Extrait d'acte de naissance ou photocopie du livret de famille. Adoption : Photocopie du jugement d'adoption ou certificat de placement préalable dans une famille d'accueil. <i>L'inscription doit se faire dans les 3 mois suivant l'évènement pour bénéficier de la prime d'inscription sous réserve que l'enfant soit désigné comme bénéficiaire du contrat.</i>
Enfant à charge de 18 à 28 ans	Photocopie de l'attestation « papier » de la carte Vitale sur laquelle figure l'enfant* + Certificat de scolarité, ou photocopie du contrat de formation en alternance (contrat d'apprentissage, de qualification...) et/ou une attestation de handicap.
Pour toutes les adhésions facultatives	Mandat de prélèvement SEPA, disponible ci-dessous, 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...)