

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

Identification de l’Entreprise

Raison sociale de l’entreprise : **PEP 64**
Population : **Ensemble du Personnel**
N° de contrat : **CT1013880**

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.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"/> <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 :

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 : ADHESION OBLIGATOIRE

☒ L’adhésion au module de base souscrit par votre employeur, est obligatoire pour **L’ENSEMBLE DES SALAIRES ACTIFS.**

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.Sociale(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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>		1.22% 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>		0.69% 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>		0.69% 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"/> <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...

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

GUIDE D'ADHESION SALARIE

1 Votre employeur a sélectionné un niveau de garanties de base à destination de ses salariés auquel vous êtes tenus de souscrire obligatoirement (hors cas de dispense légale). L'employeur prend en charge au minimum 50% de la cotisation obligatoire.
Pour adhérer, remplissez les informations vous concernant (coordonnées...).

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 ou obligatoire en fonction du choix de votre entreprise.

En cas d'adhésion facultative, la cotisation additionnelle 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. Demandez-vous auprès de votre employeur. Pour les faire bénéficier de votre couverture, remplissez les informations demandées dans le tableau ci-après.

N° de l'ayant droit	Prénoms	Nom	Date de naissance	Sexe	N° de carte d'identité	Profession	Adresse	Signature	Date
1									
2									
3									
4									

1 - Prénoms : 10 caractères maximum - 2 - Nom : 30 caractères maximum - 3 - Date de naissance : JJ/MM/AAAA - 4 - Sexe : M (Homme) ou F (Femme) - 5 - N° de carte d'identité : 14 chiffres - 6 - Profession : 30 caractères maximum - 7 - Adresse : 50 caractères maximum - 8 - Signature : 10 caractères maximum - 9 - Date : JJ/MM/AAAA

3 Le cas échéant, vous pouvez également améliorer le niveau de votre protection en souscrivant l'une des 2 options proposées

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 sur-complémentaire que vous choisissez sera la même pour vous et votre famille.

Pièces à joindre à votre bulletin d'adhésion

Adhérent	Copie de l'attestation d'immatriculation sécurité sociale* + 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 d'immatriculation sécurité sociale*
Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale	Copie de l'attestation d'immatriculation sécurité sociale* justifiant de la qualité d'ayant droit de l'enfant
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).
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...)