

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION DU-DE LA SALARIÉ-E AU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Affiliation Date d’effet : ____/____/____

Modification Date d’effet : ____/____/____

Modifications administratives* **Ajout ou radiation d’ayant(s)-droit** **Changement d’options**

*sous réserve de la production des justificatifs prévus

1 INFORMATIONS

Relatives au-à la salarié-e

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’entreprise :

Adresse :

N° de contrat et/ou SIREN :

2 LES RÉGIMES FACULTATIFS

En complément des garanties souscrites par votre employeur, vous pouvez étendre cette garantie à vos ayants droit et/ou la renforcer en cochant la case désirée. Si vous étendez la couverture santé à vos ayants droit, la sur-complémentaire choisie pour vous-même s’appliquera obligatoirement aux ayants droit sélectionnés.

GRILLE TARIFAIRE 1

		L’employeur a souscrit le NIVEAU 1 en base obligatoire		L’employeur a souscrit le NIVEAU 2 en base obligatoire		L’employeur a souscrit le NIVEAU 3 en base obligatoire	
		Régime général (1,00 %)	Alsace-Moselle (0,70 %)	Régime général (1,58 %)	Alsace-Moselle (1,11 %)	Régime général (1,93 %)	Alsace-Moselle (1,35 %)
Extension aux ayants droit	Conjoint-e concubin-e pacsé-e	<input type="checkbox"/> +1,20 % PMSS	<input type="checkbox"/> +0,84 % PMSS	<input type="checkbox"/> +1,79 % PMSS	<input type="checkbox"/> +1,25 % PMSS	<input type="checkbox"/> +2,25 % PMSS	<input type="checkbox"/> +1,58 % PMSS
	Enfant (par enfant, gratuit à compter du 3 ^e)	<input type="checkbox"/> +0,68 % PMSS	<input type="checkbox"/> +0,48 % PMSS	<input type="checkbox"/> +0,98 % PMSS	<input type="checkbox"/> +0,69 % PMSS	<input type="checkbox"/> +1,15 % PMSS	<input type="checkbox"/> +0,81 % PMSS
Souscription d’une sur-complémentaire NIVEAU 2 ou NIVEAU 3*	Salarié-e	NIVEAU 2*		NIVEAU 3*		NIVEAU 3*	
		<input type="checkbox"/> +0,58 % PMSS	<input type="checkbox"/> +0,41 % PMSS	<input type="checkbox"/> +0,93 % PMSS	<input type="checkbox"/> +0,65 % PMSS	<input type="checkbox"/> +0,35 % PMSS	<input type="checkbox"/> +0,24 % PMSS
	Conjoint-e concubin-e pacsé-e	NIVEAU 2*		NIVEAU 3*		NIVEAU 3*	
		<input type="checkbox"/> +0,59 % PMSS	<input type="checkbox"/> +0,41 % PMSS	<input type="checkbox"/> +1,05 % PMSS	<input type="checkbox"/> +0,74 % PMSS	<input type="checkbox"/> +0,46 % PMSS	<input type="checkbox"/> +0,33 % PMSS
	Enfant (par enfant, gratuit à compter du 3 ^e)	NIVEAU 2*		NIVEAU 3*		NIVEAU 3*	
		<input type="checkbox"/> +0,30 % PMSS	<input type="checkbox"/> +0,21 % PMSS	<input type="checkbox"/> +0,47 % PMSS	<input type="checkbox"/> +0,33 % PMSS	<input type="checkbox"/> +0,17 % PMSS	<input type="checkbox"/> +0,12 % PMSS

* Le niveau de la surcomplémentaire est familial. Le niveau sera le même pour l’ensemble des membres de la famille.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale Valeur 2016 = 3 218 €

■ La cotisation correspondante (à compléter) :

Extension ayants droit % PMSS + sur-complémentaire choisie % PMSS = % PMSS est à votre charge et sera prélevée sur votre compte bancaire en début de mois. A cet effet, vous devrez joindre un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé.

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-e, concubin-e ou partenaire de Pacs est-il-elle déjà affilié-e 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-e	<ul style="list-style-type: none"> Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale. Relevé IBAN du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations.
Conjoint-e	<ul style="list-style-type: none"> Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale s'il-elle est lui-elle-même assuré-e social-e.
Concubin-e	<ul style="list-style-type: none"> 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-elle est lui-elle-même assuré-e social-e.
Partenaire de PACS	<ul style="list-style-type: none"> 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-elle est lui-elle-même assuré-e social-e.
Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale du-de la salarié-e ou de son-sa conjoint-e ou concubin-e justifiant de la qualité d'ayant droit.
Enfant de moins de 26 ans, étudiant-e	<ul style="list-style-type: none"> Photocopie du certificat de scolarité ou copie de la carte d'étudiant-e 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	<ul style="list-style-type: none"> 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.	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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-de la salarié-e :

Cachet de l'entreprise et signature de son représentant légal

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, l'entreprise peut demander communication et rectification de toute information la concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage des organismes assureurs et gestionnaires. L'entreprise peut 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 son adhésion.

5

BULLETIN D'ADHESION À RETOURNER À :

.....
.....

Cachet de l'entreprise

ADREA Mutuelle

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité,
Immatriculée au répertoire Siren sous le numéro 311 799 878
Siège social : 104, avenue du Maréchal de Saxe - 69003 LYON

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