

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION OU DE MODIFICATION
au régime d'**ACCUEIL**

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 à l'ex-salarié

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 ex-employeur

Raison sociale de l'entreprise :

Adresse :

N° de contrat et/ou SIREN :

2 COTISATIONS MENSUELLES À LA CHARGE DE L'ANCIEN SALARIÉ

		Régime conventionnel BASE PRIME		Surcomplémentaire à la charge exclusive de l'ancien-salarié			
				Régime optionnel CONFORT		Régime optionnel CONFORT +	
		Régime général	Régime Alsace-Moselle	Régime général	Régime Alsace-Moselle	Régime général	Régime Alsace-Moselle
Extension aux ayants droit	Ancien salarié	<input type="checkbox"/> 1.950 % du PMSS*	<input type="checkbox"/> 1.266 % du PMSS*	<input type="checkbox"/> + 0.680 % du PMSS*		<input type="checkbox"/> + 1.099 % du PMSS*	
	Conjoint concubin pacsé	<input type="checkbox"/> 2.013 % du PMSS*	<input type="checkbox"/> 1.308 % du PMSS*	<input type="checkbox"/> + 0.733 % du PMSS*		<input type="checkbox"/> + 1.256 % du PMSS*	
	Enfant (par enfant, gratuit à compter du 3 ^e)	<input type="checkbox"/> 0.767 % du PMSS*	<input type="checkbox"/> 0.499 % du PMSS*	<input type="checkbox"/> + 0.209 % du PMSS*		<input type="checkbox"/> + 0.314 % du PMSS*	

En cas d'adhésion facultative et volontaire d'ayants droit ou de choix d'une formule optionnelle, les cotisations sont intégralement à votre charge et seront prélevées directement sur votre compte bancaire par la mutuelle.

Les montants de cotisation évolueront chaque 1^{er} janvier, selon l'évolution de la valeur du PMSS.

*Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) : 3 269 € en 2017

3 IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES (Marié, Pacsé, Concubin, Enfant à charge)

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 NOÉMIE ⁽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 :

Précisez si vous autorisez l'échange d'information entre votre caisse d'Assurance maladie et votre mutuelle (connexion NOÉMIE).

Si le conjoint et les ayants droit bénéficient déjà de la télétransmission par l'adhésion à un régime obligatoire, ils peuvent conserver le bénéfice d'un remboursement en surcomplémentaire par le régime, sans être connectés.

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

Adhérent	Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Epargne (RICE) afin de permettre le remboursement des prestations sur votre compte - Votre copie d'attestation Sesam-Vitale
Conjoint	Photocopie d'attestation Sesam-Vitale - Photocopie du livret de famille
Partenaire lié au salarié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS)	Photocopie du PACS
Concubin	Attestation sur l'honneur de vie commune ainsi que les deux derniers avis d'imposition
Enfants infirmes et ce quel que soit leur âge	Photocopie de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles.
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 de moins de 26 ans se livrant à une activité rémunérée	Photocopie de tout élément prouvant que le revenu procuré est inférieur au RSA

L'organisme assureur se réserve le droit de réclamer toute autre pièce justificative complémentaire

4 FORMALITÉS

Fait à.....

le

Signature du salarié :

Cachet de l'entreprise et signature de son représentant légal

Votre mutuelle met en oeuvre 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'une copie d'un titre d'identité, auprès de votre mutuelle.

Je m'oppose à recevoir vos offres commerciales.

5 À RETOURNER À

.....

APREVA

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 627 391
 Siège social : 20, boulevard Denis Papin BP 1173 - 59012 Lille Cedex



MUTEX

Entreprise régie par le Code des assurances inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le n° 529 219 040.
 Siège social : 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex