

## BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION DU SALARIÉ au régime Frais de santé

Affiliation Date d'effet :

Modification Date d'effet :

Modifications administratives\* ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~  Changement d'options

\*sous réserve de la production des justificatifs prévus

### 1 INFORMATIONS

#### Relatives au 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 employeur

Raison sociale de l'entreprise : .....

Adresse : .....

N° de contrat et/ou SIREN : .....

### 2 NIVEAU DE COUVERTURE

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 le régime de base conventionnelle à vos ayants droit, la sur-complémentaire choisie pour vous-même s'appliquera obligatoirement aux ayants droit sélectionnés.

		L'employeur a souscrit la base conventionnelle		L'employeur a souscrit la base conventionnelle + sur-complémentaire Option 1		L'employeur a souscrit la base conventionnelle + sur-complémentaire Option 2	
		Régime général	Régime Alsace-Moselle	Régime général	Régime Alsace-Moselle	Régime général	Régime Alsace-Moselle
<b>Extension aux ayants droit</b>	Conjoint concubin pacsé	<input type="checkbox"/> 1,61% PMSS	<input type="checkbox"/> 1,13% PMSS	<input type="checkbox"/> 1,93% PMSS	<input type="checkbox"/> 1,45% PMSS	<input type="checkbox"/> 2,28% PMSS	<input type="checkbox"/> 1,80% PMSS
	Enfant (par enfant, gratuit à compter du 3 <sup>e</sup> )	<input type="checkbox"/> 0,73% PMSS	<input type="checkbox"/> 0,51% PMSS	<input type="checkbox"/> 0,89% PMSS	<input type="checkbox"/> 0,67% PMSS	<input type="checkbox"/> 1,06% PMSS	<input type="checkbox"/> 0,84% PMSS
<b>Souscription d'une sur-complémentaire Option 1 ou Option 2</b>	Salarié	<input type="checkbox"/> Option 1 : 0,35% PMSS <input type="checkbox"/> Option 2 : 0,74% PMSS		<input type="checkbox"/> Option 2 : 0,74% PMSS			
	Conjoint concubin pacsé	Option 1 : 0,35% PMSS Option 2 : 0,74% PMSS		Option 2 : 0,74% PMSS			
	Enfant (par enfant, gratuit à compter du 3 <sup>e</sup> )	Option 1 : 0,18% PMSS Option 2 : 0,36% PMSS		Option 2 : 0,36% PMSS			

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

#### ■ 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, concubin ou partenaire de Pacs est-il déjà affilié 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	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale Relevé IBAN du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations
Conjoint	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale s'il est lui-même assuré social
Concubin	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 est lui-même assuré social
Partenaire de PACS	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 est lui-même assuré social.
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).

### 4 FORMALITÉS

Fait à .....

le .....

**Signature du salarié :**

Cachet de l'entreprise et signature de son représentant légal

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

### 5 À RETOURNER À :

.....  
 .....

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

#### HARMONIE Mutuelle

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité,  
 Immatriculée au répertoire Siren sous le numéro 538 518 473  
 Siège Social : 143, rue Blomet 75015 PARIS