À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

Nom de l'organisme :
SIRET
N° agent :

Date d'affiliation :

BULLETIN D'ADHÉSION FACULTATIVE

au régime complémentaire de couverture des FRAIS DE SANTÉ

des **SALARIÉS DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE**

❏ SUSPENSION DU CONTRAT ❏ INVALIDE

Document à compléter et à retourner au service RH de votre organisme.

1 Adhésion ASSURÉ et BÉNÉFICIAIRES À CHARGE

❏ M. ❏ Mme ❏ Mlle Nom et prénom du salarié :

(Pour les femmes mariées, indiquez : Madame X, née Y)

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : Date de naissance :

N° de sécurité sociale : Code [1]

Situation familiale : ❏ Célibataire ❏ Marié(e) ❏ Concubinage ❏ PACS ❏ Divorcé(e) ❏ Veuf(ve)

Compte sur lequel les prestations seront versées — Code banque — Guichet — Numéro de compte — Clé RIB

CONJOINT À CHARGE : NOM et PRÉNOM

❏ M. ❏ Mme ❏ Mlle Code statut [2]

Date de naissance : N° sécurité sociale : Code [1]

ENFANTS À CHARGE : NOM et PRÉNOM (pour jumeaux préciser rang)

❏ M. ❏ Mme ❏ Mlle Code statut [2]

Date de naissance : N° sécurité sociale : Code [1]

❏ M. ❏ Mme ❏ Mlle Code statut [2]

Date de naissance : N° sécurité sociale : Code [1]

❏ M. ❏ Mme ❏ Mlle Code statut [2]

Date de naissance : N° sécurité sociale : Code [1]

Si vous avez **plus de 3 enfants à charge**, complétez un second bulletin d'adhésion.

SPECIMEN

En fonction des renseignements portés ci-dessus, je confirme ma demande d'adhésion au régime ❏ FAMILLE ❏ ISOLÉ

2 Adhésion BÉNÉFICIAIRES NON À CHARGE

❏ M. ❏ Mme ❏ Mlle

Date de naissance : N° sécurité sociale : Code [1]

❏ M. ❏ Mme ❏ Mlle

Date de naissance : N° sécurité sociale : Code [1]

[1] **Code :** **1** = régime général sécurité sociale. **2** = régime local Alsace-Moselle. **3** = régime RSI. **4** = régime MSA. **5** = autres régimes (Étudiants, SNCF, ...).
[2] **Code statut :** **1** = apprenti - **2** = à charge - **3** = étudiant - **4** = handicapé

Je soussigné, atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus, et demande à bénéficier des dispositions en faveur des salariés dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de salaire, prévues au protocole d'accord du 12-08-2008 et de ses avenants ultérieurs, établissant un régime complémentaire de couverture des frais de santé au profit des salariés des organismes de sécurité sociale.

Mes cotisations seront prélevées mensuellement sur mon compte bancaire ou postal.

Je m'engage à restituer sans délai ma carte tiers payant en cours de validité si je venais à changer d'employeur.

DATE : **SIGNATURE du salarié**

CACHET ET SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

TC / A 814-3 (ss AG2R) / Déc.08 - PAO SIC

IMPORTANT : n'oubliez pas de joindre les pièces justificatives, l'autorisation de prélèvement automatique dûment complétée et un RIB.

Les informations collectées ci-dessus sont nécessaires à l'organisme assureur, responsable du traitement, pour la mise en place ou l'exécution de votre contrat. Conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition (pour des motifs légitimes) que vous pouvez exercer auprès de l'organisme assureur. Chaque assuré bénéficiant du règlement complémentaire suite à un échange informatique entre le régime de base et l'organisme assureur pourra accéder, selon sa demande, aux informations données par l'organisme assureur au régime de base. Il pourra à tout moment, s'il le désire, demander à l'organisme assureur l'arrêt des échanges informatiques de données le concernant.