

BULLETIN D'ADHÉSION FACULTATIVE
au régime complémentaire de couverture des FRAIS DE SANTÉ
des ANCIENS SALARIÉS DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (AVANT LE 1^{ER} JANVIER 2009)

1 Adhésion ASSURÉ

Date d'effet :

M. Mme Mlle Nom et prénom de l'assuré :
(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)

Dernier employeur :

N° SIREN / SIRET :

Justificatifs : joindre la photocopie du dernier bulletin de salaire ou la notification du système différentiel CPPOSS.

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.

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

2 Adhésion FACULTATIVE CONJOINT NON À CHARGE

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 anciens salariés, 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 résilier mon adhésion.

DATE : SIGNATURE

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.