

Nom de l'organisme :
 SIRET

Date d'affiliation : _____

1 Adhésion OBLIGATOIRE

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 I(1) _____

Situation familiale : Célibataire marié(e) Vie maritale PACS Divorcé(e) Veuf(ve)

Compte sur lequel les prestations seront versées Code banque _____ Code Gu _____ Numéro de compte _____ Clé RIB _____

CONJOINT À CHARGE : NOM et PRÉNOM

M. Mme Mlle _____ Code statut I(2) _____

Date de naissance : _____ N° sécurité sociale : _____ Code I(1) _____

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

M. Mme Mlle _____ Code statut I(2) _____

Date de naissance : _____ N° sécurité sociale : _____ Code I(1) _____

M. Mme Mlle _____ Code statut I(2) _____

Date de naissance : _____ N° sécurité sociale : _____ Code I(1) _____

M. Mme Mlle _____ Code statut I(2) _____

Date de naissance : _____ N° sécurité sociale : _____ Code I(1) _____

M. Mme Mlle _____ Code statut I(2) _____

Date de naissance : _____ N° sécurité sociale : _____ Code I(1) _____

Si vous avez plus de 4 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 ISOLE

2 Adhésion FACULTATIVE

M. Mme Mlle _____

Date de naissance : _____ N° sécurité sociale : _____ Code I(1) _____

M. Mme Mlle _____

Date de naissance : _____ N° sécurité sociale : _____ Code I(1) _____

I(1) Code : 1 = régime général sécurité sociale. 2 = régime local Alsace-Moselle. 3 = régime RSI. 4 = régime MSA. 5 = autres régimes (Étudiants, SNCF, ...).
 I(2) Code statut : 1 = allocation éducation - 2 = apprenti - 3 = à charge - 4 = étudiant - 5 = handicapé - 6 = salarié - 7 = scolarisé

Je soussigné, atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. **CACHET ET SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR**

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

IMPORTANT : n'oubliez pas de joindre les pièces justificatives.

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 bénéficiaire 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.