carcept prev

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

Frais de santé - Transport Interurbain de voyageurs

A RENSEIGNER PREALABLEMENT PAR L'ENTREPRISE OU LE RESPONSABLE DU GROUPE ADHERENT

Raison sociale de l'entreprise : _____

Numéro de SIREN : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro d'adhésion à la CARCEPT-Prévoyance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro du contrat FRAIS MEDICAUX CARCEPT-Prévoyance : |_|_|_|_|

Date d'entrée du salarié dans l'entreprise : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Date d'affiliation du salarié à la garantie FRAIS MEDICAUX : |0|1| |_|_| |_|_|_|_|

CACHET EMPLOYEUR

Option retenue par l'employeur : ☐ RÉGIME DE BASE ☐ RÉGIME AMÉLIORÉ 1 ☐ RÉGIME AMÉLIORÉ 2

SALARIE A ASSURER A TITRE OBLIGATOIRE (A RENSEIGNER PAR LE SALARIE)

Civilité : ☐ M^lle ☐ M^me ☐ M

Nom : _____ Prénom : _____ Nom usuel/marital : _____

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Clé : |_|_| Né(e) le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Adresse : _____

Tél. : _____ Email : _____

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (A RENSEIGNER PAR LE SALARIE)

a) Uniquement si l'entreprise a choisi le régime de base (si la case orange ci-dessus a été cochée par l'employeur) :

☐ Je ne souhaite pas compléter ma couverture avec les OPTIONS 1 ou 2

☐ Je souhaite compléter mon adhésion avec l'option facultative* ☐ OPTION 1 ☐ OPTION 2

b) Pour couvrir également les membres de la famille* :

☐ Je souhaite faire adhérer des ayants droit à ma couverture santé (bénéficiaires à préciser au verso de ce document).
J'ai bien noté qu'ils seront obligatoirement couverts par le même niveau de garanties que celui souscrit pour moi-même.

Documents à joindre impérativement avec ce bulletin d'affiliation : copie de votre attestation vitale (fournie avec la carte plastifiée Vitale), l'autorisation de prélèvement* et un relevé d'identité bancaire pour être remboursé(e) par virement.

Le dossier complet (présent bulletin et les différentes pièces justificatives) doit être remis à votre entreprise pour transmission au Centre de Gestion Groupe D&O.

*Les cotisations supplémentaires relatives aux Options 1 & 2 et à la couverture de la famille sont à la charge du salarié et seront prélevées mensuellement sur son compte bancaire.

Je reconnais avoir pris connaissance des garanties et des tarifs proposés.
Je m'engage à régler, sur appel de cotisation, les cotisations résultant de mon adhésion au régime facultatif par prélèvement mensuel sur compte bancaire ou postal et ce, dès le premier paiement. En cas de rejet des prélèvements, je m'engage à régler sous huit jours les sommes dues et non prélevées, du fait du rejet.
J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document, m'engage à signaler toute modification et à restituer en cas de cessation de l'assurance les attestations de tiers payant, qui m'auront été transmises.

A _____ le _____

Signature de l'assuré(e)
(précédée de la mention «Lu et approuvé»)

Mod1051BA - 08-2011

TSVP

carcept prev

BENEFICIAIRES AFFILIES

PERSONNES ASSURÉES

Je souhaite faire adhérer les personnes désignées ci-dessous :

	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance
☐ Conjoint			M F	

Numéro de Sécurité sociale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Autre mutuelle _____

	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance
☐ 1er enfant			M F	
☐ 2e enfant			M F	
☐ 3e enfant			M F	
☐ 4e enfant			M F	
☐ 5e enfant			M F	

Peuvent être inscrits comme bénéficiaire :

- Le conjoint couvert ou non par la Sécurité sociale à titre d'ayant droit du salarié. Est assimilé au conjoint, le concubin ayant un domicile commun avec le salarié participant (l'adresse déclarée à la Sécurité sociale faisant foi) ainsi que la personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- Le(s) enfant(s) de moins de 21 ans considérés comme ayants droit par la Sécurité sociale au titre de l'assuré, de son conjoint, de son concubin ou de la personne liée par un pacte civil de solidarité. Cette limite d'âge est prorogée jusqu'au 26ème anniversaire :
  - pour les enfants affiliés à la Sécurité sociale des étudiants (attestation d'affiliation à la Sécurité sociale étudiante à fournir) ;
  - pour les enfants demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi (copie de la notification d'inscription à Pôle Emploi à fournir) ;
  - pour les enfants en contrat d'apprentissage (justificatif de contrat d'apprentissage à fournir).

Par exception, aucune limite d'âge n'est fixée pour les enfants titulaires de la carte d'invalidité prévue par l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles (attestation de la MDPH à fournir).

DOCUMENTS A JOINDRE IMPERATIVEMENT

Document à joindre impérativement avec cette fiche d'affiliation : une copie de votre attestation Vitale (fournie avec la carte plastifiée Vitale) sur lesquelles figurent tous les bénéficiaires (conjoint et enfants) et éventuellement celle de votre conjoint (concubin ou PACS), ainsi que les attestations mentionnées, ci-dessus, dans la définition de chacun des bénéficiaires.

Sauf demande contraire de votre part, la télétransmission ne sera pas mise en place pour les membres de votre famille disposant d'une autre complémentaire afin d'éviter un blocage auprès de la Sécurité sociale.

Je reconnais avoir pris connaissance des garanties et des tarifs proposés.
Je m'engage à régler, sur appel de cotisation, les cotisations individuelles résultant de l'affiliation des membres de ma famille par prélèvement sur compte bancaire ou postal et ce, dès le premier paiement. En cas de rejet des prélèvements, je m'engage à régler sous huit jours les sommes dues et non prélevées, du fait du rejet.
J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document, m'engage à signaler toute modification et à restituer en cas de cessation de l'assurance les attestations de prise en charge (tiers-payant), qui m'auront été transmises.

A _____ le _____

Signature de l'assuré
(précédée de la mention «Lu et approuvé»)

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, les informations que vous nous communiquez via ce formulaire, sont destinées au groupe D&O en sa qualité de responsable du traitement. Les informations sont collectées pour les besoins stricts de la gestion administrative du dossier. Aucune des données vous concernant ne sera transmise à des tiers autres que les entités du groupe D&O et ses délégataires de gestion. Le groupe D&O prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformément aux dispositions de la loi précitée. Vous disposez en outre d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles vous concernant. Pour exercer ce droit, merci d'effectuer votre demande à : Groupe D&O – Service Info CNIL – 174, rue de Charonne – 75128 Paris cedex 11, accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.

Ce document est à retourner à :
Centre de gestion Groupe D&O - 28039 Chartres cedex - Fax : 02 37 88 80 26 - N° Indigo 0 825 800 824
0,15 € TTC/MN