



BULLETIN D'AFFILIATION - RÉGIME COLLECTIF FRAIS DE SANTÉ - ENSEMBLE DU PERSONNEL

1^{ère} Inscription

OU Modification concernant : Vos Garanties Vous Vos Bénéficiaires

À effet du : / /

Nom de l'établissement :

N° de Siret :

Type de cotisations : Base

Structure de cotisations : Salarié

Statut : Non Cadre

Cachet de la société

VOS GARANTIES

L'adhésion au régime de base est obligatoire pour le salarié.
L'adhésion du conjoint, des enfants et à l'une des options ci-dessous est facultative, la cotisation sera à votre charge et prélevée sur votre compte bancaire par Vivinter. (si vous souhaitez affilier vos bénéficiaires et adhérer à une option cochez la ou les case(s) ci-dessous).

Conjoint payant Enfant payant Option 1 Option 2

NB : pour le prélèvement de la cotisation, merci de compléter et signer le mandat SEPA ci-joint.

VOUS

N° de Sécurité sociale* : N° de Matricule* :

Nom* : Prénom* :

Nom de Naissance* : Date de / /

Adresse* : N° BIS/TER Nom de Voie

Code Postal Ville

Adresse E-mail* :

Téléphone Mobile* : Organisme d'Affiliation*(1) :

Cochez si vous bénéficiez de la télétransmission NOEMIE auprès d'une autre mutuelle* :

Votre Carte de Tiers Payant :



Vous pouvez visualiser et imprimer votre carte de Tiers Payant depuis votre application mobile ou le site www.vivinter.fr

Si vous souhaitez la recevoir à votre domicile, cochez la case ci-contre :

*Champs obligatoires

(1) Cette donnée figure sur votre attestation de Sécurité sociale (c.f page 3)





VOS BÉNÉFICIAIRES

Conjoint

N° de Sécurité sociale* :

Nom* :

Date de Naissance* :

Prénom* :

Organisme d'Affiliation*(1) :

Cochez si vous bénéficiez de la télétransmission NOEMIE auprès d'une autre mutuelle* :

Enfant 1

N° de Sécurité sociale* :

Nom* :

Date de Naissance* :

Prénom* :

Organisme d'Affiliation*(1) :

Cochez si vous bénéficiez de la télétransmission NOEMIE auprès d'une autre mutuelle* :

Rang Laser*(1) :

Enfant 2

N° de Sécurité sociale* :

Nom* :

Date de Naissance* :

Prénom* :

Organisme d'Affiliation*(1) :

Cochez si vous bénéficiez de la télétransmission NOEMIE auprès d'une autre mutuelle* :

Rang Laser*(1) :

Enfant 3

N° de Sécurité sociale* :

Nom* :

Date de Naissance* :

Prénom* :

Organisme d'Affiliation*(1) :

Cochez si vous bénéficiez de la télétransmission NOEMIE auprès d'une autre mutuelle* :

Rang Laser*(1) :

Enfant 4

N° de Sécurité sociale* :

Nom* :

Date de Naissance* :

Prénom* :

Organisme d'Affiliation*(1) :

Cochez si vous bénéficiez de la télétransmission NOEMIE auprès d'une autre mutuelle* :

Rang Laser*(1) :

Si vous avez plus de 4 enfants, veuillez réimprimer cette page afin de les ajouter.

FINALISEZ VOTRE AFFILIATION

Date (JJ/MM/AAAA) :

 / /

Signature obligatoire :

Fait à :

VIVINTER, une marque du groupe SIACI SAINT HONORE, met en œuvre un traitement de données à caractère personnel nécessaire à l'émission d'une offre d'assurance ou d'un contrat, sa gestion et son suivi et à la réalisation des diligences réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. A cet égard, les données collectées sont toutes obligatoires. Les destinataires de vos données à caractère personnel sont : l'assureur porteur de risques, les différentes entités composant SIACI SAINT HONORE, et les prestataires participant à la gestion du contrat d'assurance. Vos données à caractère personnel seront conservées pendant toute la durée nécessaire au service de gestion telle que prescrite par les lois applicables en la matière. Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, ou d'effacement ou de limitation ou d'opposition et de portabilité de vos données à caractère personnel ainsi que du droit d'organiser des directives après votre mort. Pour l'exercice de vos droits veuillez écrire à l'adresse dpo@s2hgroup.com. Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle en charge de la protection des données personnelles.

VIVINTER est une marque du groupe SIACI SAINT HONORE - Siège social : Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch - 75815 Paris Cedex 17 - Tél. : +33 (0)1 4420 9999 - Fax : +33 (0)1 4420 9500 - Courtier d'assurance ou de réassurance - N° d'immatriculation ORIAS 07 000 771 - Société par actions simplifiée au capital de 76 884 940 € - 572 059 939 RCS Paris - APE 6622 Z - N° de TVA Intracommunautaire : FR 54 572 059 939 Exerce sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution)



LISTE DES DOCUMENTS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT À VOTRE BULLETIN D'AFFILIATION :

Afin de pouvoir bénéficier du régime santé de l'entreprise et recevoir au plus vite votre carte de tiers payant en ligne et/ou par courrier, renvoyez-nous les documents suivants :

- Un relevé d'identité bancaire (RIB) au format BIC / IBAN
- Le mandat SEPA si adhésion de vos bénéficiaires et à un option
- Les copies de votre attestation de droits Sécurité sociale et celles de vos bénéficiaires ayant leur propre numéro Sécurité sociale (disponible auprès de votre CPAM ou sur votre compte AMELI)



Numéro de l'assuré
Nom de l'assuré

Attestation de droits à l'assurance maladie

Valable du 21/02/2019 au 20/02/2020 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

organisme de rattachement sécurité sociale	code gestion	n° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	modulation du ticket modérateur
01 951 9501	10		
Bénéficiaire(s) nom de famille - s'il s'agit d'un éventuel nom d'usage		n° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information)	né(e) le/rang
a déclaré un médecin traitant			

Code organisme d'Affiliation

Rang Laser

VOS BÉNÉFICIAIRES	JUSTIFICATIF(S) À FOURNIR
<ul style="list-style-type: none"> • Conjoint(e), concubin(e), ou Pacsé(e) salarié(e), ou relevant du régime des travailleurs non salariés, ou relevant du régime agricole 	<ul style="list-style-type: none"> • Attestation de droits Sécurité sociale du conjoint, du concubin ou du Pacsé Si ce document ne mentionne pas l'adresse ou le même nom de famille : • Copie d'un justificatif de domicile commun (EDF...) • Copie du contrat de Pacs
<ul style="list-style-type: none"> • Enfant de moins de 18 ans ayant droit de l'Assuré ou de son conjoint ou de son concubin ou Pacsé, au sens défini par la Sécurité sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Attestation de droits Sécurité sociale de l'assuré ou celle de son conjoint, de son concubin ou Pacsé, en cours de validité
<ul style="list-style-type: none"> • Enfant de moins de 28 ans à la recherche d'un premier emploi • Enfant de moins de 28 ans sous contrat d'apprentissage • Enfant de moins de 28 ans sous contrat de professionnalisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Notification de décision POLE EMPLOI • Copie du contrat de travail d'apprentissage • Copie du contrat de professionnalisation Et dans tous les cas, joindre : • Attestation de droits Sécurité sociale de l'enfant, en cours de validité Si le nom est différent de celui du salarié : • Livret de famille régulièrement tenu à jour
<ul style="list-style-type: none"> • Enfant handicapé 	<ul style="list-style-type: none"> • Attestation de droits Sécurité sociale de l'enfant, en cours de validité • Copie de la notification de l'allocation "Adulte Handicapé" Si le nom est différent de celui du salarié : • Livret de famille régulièrement tenu à jour
<ul style="list-style-type: none"> • Enfant étudiant, âgé de moins de 28 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Attestation de droits Sécurité sociale de l'enfant, en cours de validité • Certificat de scolarité ou la carte d'étudiant de l'année en cours Si le nom est différent de celui du salarié : • Livret de famille régulièrement tenu à jour



Vous changez d'adresse ? De R.I.B ? Rendez-vous sur votre espace assuré, rubrique « Situation » sur : www.vivinter.fr

Cadre réservé à SIACI SAINT HONORE

Référence unique du mandat :

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SIACI SAINT HONORE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SIACI SAINT HONORE. Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations ci-dessous sont obligatoires et nécessaires à votre créancier afin de mettre en œuvre le mandat de prélèvement européen. Conformément à la réglementation en matière de protection des données personnelles applicable dans votre pays, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification portant sur les données personnelles vous concernant, ainsi que celui de vous opposer à leur traitement, sous réserve de justifier d'un motif légitime (si exige par la loi applicable dans votre pays). Pour exercer ces droits, vous pouvez vous référer au contrat conclu avec votre créancier.

LE DÉBITEUR

N° de Sécurité sociale* :

Nom* : Prénom* :

Nom de Naissance* : Date de / /

Adresse* : N° BIS/TER Nom de Voie

Code Postal Ville

Pays

COORDONNÉES BANCAIRES

Domiciliation* :

Cette information est indiquée sur votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB) sous le champs « Domiciliation »

Titulaire du

BIC* :

IBAN* :

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent : Annuel Semestriel Trimestriel Mensuel ou Ponctuel (usage unique)

LE CRÉANCIER

SIACI SAINT HONORE
Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch
75815 Paris CEDEX 17 - FRANCE

Identifiant du créancier : **FR40ZZZ408436**

SIGNATURE

Date (JJ/MM/AAAA) : / /

Fait à :

Signature* :

**Champs obligatoires*