



Département Affiliations  
TSA 70 004  
93 414 Saint Denis Cedex  
www.vivinter.fr

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

1<sup>ère</sup> Inscription

**OU** Modification concernant :  Vos Garanties  Vous  Vos Bénéficiaires

À effet du :  /  /

Adrexo Personnel Permanent  Hopps Group  Adrexo Production

Lucy in the sky with data  Watts  Atheva  Pataugas

Accessoires Company  Epistar  Satine  Sas De L'Aubrac

Type de cotisation :  Régime de base

Statut :  Ensemble du Personnel

Structure de cotisations :  Famille

Cachet de la société

### VOS GARANTIES

L'adhésion au régime de base est obligatoire.  
L'adhésion à l'option est facultative, la cotisation sera à votre charge et prélevée sur votre bulletin de paie par votre employeur. (si vous souhaitez y adhérer cochez la case ci-dessous).

Option

### 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](http://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)





Département Affiliations  
TSA 70 004  
93 414 Saint Denis Cedex  
www.vivinter.fr

## VOS BÉNÉFICIAIRES

### Conjoint

N° de Sécurité sociale\* :

Nom\* :

Date de Naissance\* :

Prénom\* :

Organisme d'Affiliation<sup>\*(1)</sup> :

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<sup>\*(1)</sup> :

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

Rang Laser<sup>\*(1)</sup> :

### Enfant 2

N° de Sécurité sociale\* :

Nom\* :

Date de Naissance\* :

Prénom\* :

Organisme d'Affiliation<sup>\*(1)</sup> :

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

Rang Laser<sup>\*(1)</sup> :

### Enfant 3

N° de Sécurité sociale\* :

Nom\* :

Date de Naissance\* :

Prénom\* :

Organisme d'Affiliation<sup>\*(1)</sup> :

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

Rang Laser<sup>\*(1)</sup> :

### Enfant 4

N° de Sécurité sociale\* :

Nom\* :

Date de Naissance\* :

Prénom\* :

Organisme d'Affiliation<sup>\*(1)</sup> :

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

Rang Laser<sup>\*(1)</sup> :

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](mailto: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.

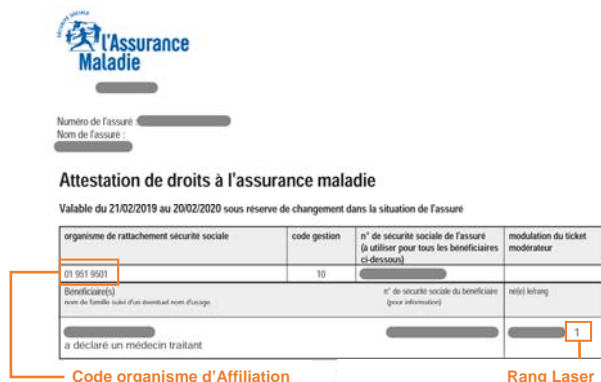
VIVINTER est une marque du groupe SIACI SAINT HONORE - Siège social : Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch - 75815 Paris Cedex 17 - Tél. : +33 (0)1 4420 9999 - Fax : +33 (0)1 4420 9500 - Courtier d'assurance ou de réassurance - N° d'immatriculation ORIAS 07 000 771 - Société par actions simplifiée au 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
- 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)
- Les justificatifs ci-dessous pour vos bénéficiaires (selon leur situation)



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 (ou nom d'usage)		n° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information)	rel(s) étranger
à déclarer un médecin traitant			1

Code organisme d’Affiliation      Rang Laser

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



**Vous changez d'adresse ? De R.I.B ? Rendez-vous sur votre espace assuré, rubrique « Situation » sur : [www.vivinter.fr](http://www.vivinter.fr)**