

BULLETIN D'ADHÉSION

AU CONTRAT FRAIS DE SANTÉ

ENTREPRISE (A compléter en lettres capitales par l'employeur)

RAISON SOCIALE : _____ NUMÉRO D'IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE AU CONTRAT FRAIS DE SANTÉ : _____

GARANTIE COLLECTIVE OBLIGATOIRE SOUSCRITE : _____ MATRICULE DU SALARIÉ : _____

DATE D'ADHÉSION AU CONTRAT FRAIS DE SANTÉ : _____ DATE D'ENTRÉE DANS L'ENTREPRISE : _____

Je soussigné(e), certifie que l'assuré principal ci-dessous désigné, fait partie des effectifs de l'entreprise à la date de signature du présent bulletin d'adhésion au contrat frais de santé.

FAIT À : _____ LE : _____

SIGNATURE ET CACHET DE L'ENTREPRISE

ADHÉRENT PRINCIPAL (A compléter en lettres capitales)

☐ Mme ☐ M NOM : _____ PRÉNOM : _____ NÉ(E) LE : _____

NOM DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ LOCALITÉ : _____ PAYS : _____

TÉLÉPHONE : _____ MOBILE : _____ E-MAIL : _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____ ORGANISME AFFILIATION : _____

IBAN POUR LE VIREMENT DES PRESTATIONS : _____ BIC : _____

INSCRIPTION DE VOS AYANTS DROIT (A compléter en lettres capitales)

VOUS SOUHAITEZ INSCRIRE : ☐ CONJOINT ⁽¹⁾ ☐ PACSÉ ⁽²⁾ ☐ CONCUBIN ⁽³⁾

(1) Joindre une photocopie du livret de famille - (2) Joindre un justificatif - (3) Joindre une attestation sur l'honneur de concubinage et un justificatif de domicile commun

☐ Mme ☐ M NOM DE NAISSANCE : _____ PRÉNOM : _____ NÉ(E) LE : _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____ ORGANISME AFFILIATION : _____

IBAN POUR LE VIREMENT DES PRESTATIONS (si différent de celui de l'adhérent principal) : _____ BIC : _____

BÉNÉFICIE-T-IL/ELLE DÉJÀ D'UN CONTRAT FRAIS DE SANTÉ GÉRÉ PAR AUTRE ORGANISME COMPLÉMENTAIRE ? ☐ OUI ☐ NON

Si il/elle dispose déjà d'une autre complémentaire santé, il/elle ne figurera pas sur l'attestation de tiers payant et la télétransmission (NOEMIE) se fera avec votre autre complémentaire santé. Nous interviendrons uniquement en complément de celle-ci à réception de vos décomptes originaux.

VOUS SOUHAITEZ INSCRIRE : VOS ENFANTS À CHARGE *(Si vous souhaitez que les prestations soient versées sur un autre compte que celui de l'adhérent principal, merci de le préciser dans un courrier en joignant un RIB)*

SEXE : _____ NOM : _____ PRÉNOM : _____ NÉ(E) LE : _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____ ORGANISME AFFILIATION : _____

SEXE : _____ NOM : _____ PRÉNOM : _____ NÉ(E) LE : _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____ ORGANISME AFFILIATION : _____

SEXE : _____ NOM : _____ PRÉNOM : _____ NÉ(E) LE : _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____ ORGANISME AFFILIATION : _____

SEXE : _____ NOM : _____ PRÉNOM : _____ NÉ(E) LE : _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____ ORGANISME AFFILIATION : _____

BÉNÉFICIER-T-ILS DÉJÀ D'UN CONTRAT FRAIS DE SANTÉ GÉRÉ PAR AUTRE ORGANISME COMPLÉMENTAIRE ? ☐ OUI ☐ NON

S'ils disposent déjà d'une autre complémentaire santé, ils ne figurent pas sur l'attestation de tiers payant et la télétransmission (NOEMIE) se fera avec votre autre complémentaire santé. Nous interviendrons uniquement en complément de celle-ci à réception de vos décomptes originaux.

PIECES A FOURNIR IMPÉRATIVEMENT

- >> La copie de l'attestation d'affiliation à l'organisme d'Assurance Maladie Obligatoire en cours de validité (CPAM, MSA...) pour tous les bénéficiaires du contrat frais de santé.
- >> Un justificatif concernant les enfants à charge de plus de 18 ans (certificat de scolarité, carte étudiant...).
- >> Le relevé d'identité bancaire pour le versement des prestations pour chaque compte renseigné.
- >> Le mandat SEPA ci-joint dûment complété, daté et signé en cas d'adhésion des ayants droit au contrat frais de santé ou d'adhésion au contrat optionnel.

J'atteste avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement des contrats optionnels (ci-dessous), des prestations et des tarifs en vigueur, ci-joints. A ce titre, je déclare adhérer en souscription facultative au contrat optionnel à la date d'adhésion au contrat frais de santé précisée en haut du présent bulletin (au recto) :

FOCTIONNEMENT DU CONTRAT OPTIONNEL

Les garanties optionnelles sont souscrites obligatoirement pour l'ensemble des bénéficiaires du contrat collectif frais de santé, qu'ils soient couverts de manière obligatoire ou facultative. Sont bénéficiaires des garanties optionnelles que vous choisissez, vous-même et, le cas échéant, vos ayants droit qui bénéficient des garanties obligatoires. Vous pouvez également demander à changer de niveau de garanties à la hausse ou à la baisse.

Prise d'effet, sous réserve du paiement de la cotisations correspondante :

- Si vous formulez votre choix lors de votre adhésion au contrat obligatoire, à cette date ;
- Si vous formulez votre choix dans les 3 mois suivant votre adhésion au contrat obligatoire, le 1er jour du mois suivant la date de réception de votre demande par l'organisme gestionnaire ;
- En cas de changement de situation de famille permettant le rattachement d'un ayant droit au présent contrat, à l'expiration d'une dispense, ou dans le cas où un ayant droit perd la qualité d'assuré au titre d'un autre contrat complémentaire santé, à la date à laquelle l'événement a eu lieu, sous réserve que votre bulletin individuel d'adhésion parvienne à l'organisme gestionnaire au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'événement ;
- En cas d'adhésion au cours de la vie du contrat, hors des délais et des circonstances prévus ci-dessus, le premier jour de l'année civile suivant la date de réception de votre demande par l'organisme gestionnaire, sous réserve qu'elle ait été effectuée avant le 31 octobre de l'année en cours ;
- Dans le cas où vous avez déjà résilié une garantie facultative, toute souscription d'une nouvelle garantie facultative ne prendra effet qu'au terme de 2 années civiles entières suivant la date d'effet de la résiliation.

En outre, en cas de demande de modification des options facultatives, ces dernières prennent effet :

- En cas de modification des garanties pour un niveau d'option supérieur, les nouvelles garanties prennent effet au 1er jour de l'année civile suivant la date de réception de la demande par l'organisme gestionnaire, sous réserve qu'elle ait été effectuée avant le 31 octobre de l'année en cours ;
- En cas de modification des garanties pour un niveau d'option inférieur, les nouvelles garanties prennent effet au terme d'une période d'une année civile suivant le 31 décembre de l'année où vous avez demandé à modifier les garanties.

Les garanties facultatives prennent fin :

- Avant la première échéance du contrat collectif, au 31 décembre qui suit la demande de cessation des garanties adressée, par lettre ou tout autre support durable, au plus tard, le 31 octobre précédant par l'assuré à l'organisme gestionnaire ;
- A l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de souscription des garanties facultatives, un mois après réception de la demande de cessation des garanties qui peut être adressée par l'assuré à l'organisme gestionnaire à tout moment par lettre ou tout autre support durable ; Dans l'hypothèse où les garanties facultatives ont été souscrites par un mode de communication à distance, la résiliation peut être faite par le même mode de communication.
- A la rupture de votre contrat de travail ;
- A la résiliation du contrat d'assurance collective par votre employeur ou par PREDICA ;
- Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, vous pouvez dénoncer votre adhésion aux garanties facultatives, en nous adressant une demande en ce sens, dans le délai d'un mois à compter de la réception de l'information relative à ces modifications ;
- En cas de non-paiement des cotisations afférentes ;
- A la date à laquelle les ayants droit perdent cette qualité au regard de la définition du contrat.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations collectées, dans le présent bulletin d'adhésion, font l'objet de traitements automatisés ayant pour finalité la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat et de vos garanties, la gestion de nos relations commerciales et contractuelles, la gestion du risque de fraude et la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme et enfin, l'exécution de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Les informations recueillies sont à destination exclusive de l'organisme gestionnaire et de ses partenaires (assureurs, prestataires...) dans le strict cadre des finalités énoncées, conformément à son objet, et dans le respect du secret professionnel. Les informations sont conservées pendant les délais légaux de prescription applicables aux actions dérivant de chaque donnée ou document concerné dans la limite de 5 ans à compter de la cessation de la relation commerciale. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer au traitement de vos données. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Pour exercer vos droits, il suffit d'adresser une demande, par voie postale, au Délégué à la Protection des Données du Centre de Gestion – CS 60521, 83041 Toulon Cedex 9, en justifiant de votre identité. En cas de manquement aux dispositions ci-dessus, il est possible d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

En signant ce bulletin d'adhésion au contrat frais de santé :

>> Je déclare toutes les informations fournies exactes et sincères,

>> J'accepte expressément par la présente à recevoir de l'organisme gestionnaire des informations relatives à mon contrat,

>> Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information, des documents contractuels de prestations et de tarifs en cours de validité à la date d'adhésion au contrat frais de santé.

FAIT À : _____

LE : _____

SIGNATURE (PRÉCÉDÉE DE LA MENTION "LU ET APPROUVÉ")

**Centre de Gestion
Crédit Agricole Assurances
CS 60521
83041 TOULON Cedex 9**

Veillez trouver ci-dessous, un mandat de prélèvement Sepa que nous vous demandons de bien vouloir nous retourner, dûment complété, daté et signé, accompagné d'un R.I.B (Format européen avec BIC et IBAN).

Les prélèvements se feront Mensuellement le 30.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat (zone réservée à l'Assureur) : _____

En signant ce formulaire de mandat, vous nous autorisez à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément à nos instructions.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

NOM, PRÉNOM, ADRESSE DU DÉBITEUR

Paiement : RÉCURRENT ☒ UNIQUE ☐

NOM, ADRESSE DU CRÉANCIER

PREDICA Direction des Assurances Collectives Gestion Santé et Prévoyance 75724 PARIS Cedex 15
Identifiant Créancier SEPA : FR 88 ZZZ 237434

COMPTE A DÉBITER

BIC

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

------------------	------------------	------------------

FAIT À _____ LE _____

SIGNATURE

--

LE PRÉSENT MANDAT DOIT ÊTRE OBLIGATOIREMENT COMPLÉTÉ, SIGNÉ ET ACCOMPAGNÉ D'UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (FORMAT EUROPÉEN BIC ET IBAN).