

## ENSEMBLE DU PERSONNEL

### Bulletin Individuel d'Affiliation au régime Frais de Santé collectif souscrit par l'entreprise

Il s'agit d'une : ☐ inscription ☐ modification A EFFET DU ...../...../.....

Nom de l'entreprise : .....

Etablissement : .....

Cochez le régime frais de santé de votre choix :

☐ Régime socle obligatoire seul ☐ Régime socle obligatoire +  
Régime surcomplémentaire facultatif

Cachet de la société

### LE SALARIE

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| N° de Sécurité sociale*                                                                                                                                                                                                                                                     | N° de matricule                 |
| Nom du salarié(e)*                                                                                                                                                                                                                                                          | Prénom*                         |
| Nom de jeune fille                                                                                                                                                                                                                                                          | Date de naissance               |
| Adresse* : N° Bis/Ter Nom de voie                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
| Code Postal Ville                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |
| Adresse email* :                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |
| Renseignez votre adresse e-mail pour recevoir en temps réel vos décomptes de remboursement et les alertes concernant votre dossier.                                                                                                                                         |                                 |
| Situation de famille* <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) |                                 |
| Date d'entrée dans le contrat                                                                                                                                                                                                                                               | Date d'entrée dans l'entreprise |
| Date de radiation dans le contrat                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |

\* Champs obligatoires



**Carte de tiers payant** : N'attendez plus de recevoir votre carte de tiers payant par courrier ! Vous pouvez télécharger et imprimer votre carte depuis le site [www.vivinter.fr](http://www.vivinter.fr). Un e-mail vous informera de sa disponibilité dans votre Espace assuré, rubrique « Votre tiers payant ».

Si vous choisissez de ne plus recevoir votre carte de tiers payant à domicile, cochez la case ci-contre ☐



**Mise en place de la télétransmission NOEMIE de vos décomptes de remboursement entre la Sécurité sociale et VIVINTER** : Dès réception de votre bulletin d'affiliation et de votre attestation de droits Sécurité sociale, vous bénéficierez de ce service. Vous êtes ainsi remboursé plus vite et vous n'adressez plus vos décomptes de remboursement Sécurité sociale.

Si vous refusez la télétransmission pour vos remboursements santé, cochez la case ci-contre ☐

### BENEFICIAIRE (S)

Votre conjoint, concubin(e) ou Pacsé(e) bénéficie-t-il (elle) de son propre régime complémentaire santé ? Oui <sup>(1)</sup> ☐ Non <sup>(2)</sup> ☐

(1) si oui, la télétransmission et le tiers payant ne sont pas mis en place à son profit. Il disposera cependant d'une carte de service lui permettant de profiter des avantages du réseau Santclair (optique - dentaire - audioprothèse). Il reste également garanti pour les éventuels frais restant à sa charge après intervention de la Sécurité sociale et de sa propre mutuelle.

(2) si non, il devra obligatoirement fournir les justificatifs figurant au verso pour pouvoir bénéficier de la télétransmission et du tiers payant généralisé avec Vivinter.

| Qualité     | N° d'immatriculation Sécurité Sociale | NOM | Prénom | Date de naissance | (*) | Cochez si refus télétransmission |
|-------------|---------------------------------------|-----|--------|-------------------|-----|----------------------------------|
| Conjoint(e) |                                       |     |        |                   |     | <input type="checkbox"/>         |
| Enfant      |                                       |     |        |                   |     | <input type="checkbox"/>         |
| Enfant      |                                       |     |        |                   |     | <input type="checkbox"/>         |
| Enfant      |                                       |     |        |                   |     | <input type="checkbox"/>         |
| Enfant      |                                       |     |        |                   |     | <input type="checkbox"/>         |
| Enfant      |                                       |     |        |                   |     | <input type="checkbox"/>         |

(\*) Préciser : A pour Alsace-Moselle / C pour Scolaire / E pour Etudiant / W pour CMU / P pour Sans Profession / R pour Retraité / S pour Salarié / T pour Travailleur Non Salarié

 **N'oubliez pas de joindre les documents demandés au verso**

A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Le | | | | / | | | | / | | | | | |

Signature (précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

## DOCUMENTS A JOINDRE A VOTRE BULLETIN D'AFFILIATION

- Relevé d'identité bancaire
- Photocopies de votre attestation de droits Sécurité sociale (établie par votre CPAM), celle de votre conjoint(e) et de votre (vos) enfant(s) s'il(s) a (ont) leur propre numéro de Sécurité sociale.

**CONSEILS PRATIQUES :** Vous pouvez obtenir votre attestation de droits Sécurité sociale facilement et rapidement auprès de votre CPAM (appel téléphonique ou borne Vitale) ou par Internet sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) depuis votre compte ameli (si vous êtes affilié au Régime Général de Sécurité sociale). Vous pouvez également contacter votre CPAM par téléphone au 36 46.



- Et les justificatifs ci-dessous :

**Il est indispensable de fournir toutes les pièces justificatives correspondant à la définition de votre contrat et à votre situation de famille.**

| Membres de la famille de l'Assuré pouvant bénéficier de la mutuelle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Pièces justificatives                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Conjoint(e), ou Pacsé(e) ou concubin(e), salarié ou non</li> </ul> <p><b>Attention : si votre conjoint bénéficie de sa propre mutuelle, il ne pourra pas bénéficier de la connexion NOEMIE</b></p>                                                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Photocopie de l'attestation de droits établie par la CPAM (ou par un autre Régime de Sécurité sociale) de l'assuré ou celle du conjoint, du concubin ou du Pacsé, sauf si ce dernier bénéficie du système NOEMIE auprès de son propre Régime Complémentaire Santé. Si ce document ne mentionne pas l'adresse ; fournir une copie d'un justificatif de domicile (EDF...) établi à la même adresse que le salarié,</li> <li>Attestation sur l'honneur de vie commune <b>ou</b> copie du contrat de Pacs.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p><u>Si votre conjoint a son propre numéro de Sécurité Sociale mais ne bénéficie pas d'une mutuelle propre, il convient de compléter également le formulaire « Attestation Conjoint » et de joindre l'une des pièces justificatives ci-contre correspondant à sa situation :</u></p>                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Conjoint fonctionnaire : joindre une <b>copie du justificatif de statut</b></li> <li>Conjoint salarié : joindre un <b>courrier de l'employeur justifiant la dispense d'adhésion à la couverture santé</b></li> <li>Conjoint artisan, commerçant, profession libérale : joindre une <b>copie de l'attestation d'affiliation au régime des travailleurs non salariés</b></li> <li>Conjoint étudiant sans activité professionnelle : fournir une <b>copie de l'affiliation à une Caisse Etudiante</b></li> <li>Conjoint demandeur d'emploi sans couverture ANI : joindre une <b>copie du justificatif d'inscription au pôle emploi</b></li> <li>Conjoint sans emploi : joindre <b>copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition</b></li> <li>Conjoint invalide de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie : fournir une <b>copie du justificatif de notification d'invalidité</b></li> <li>Conjoint retraité(e) : joindre une <b>copie du justificatif de liquidation des droits à la retraite</b></li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfant âgé de moins de 28 ans en études secondaires ou supérieures entraînant ou non l'affiliation au régime de la Sécurité sociale des étudiants</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Photocopie de l'attestation de droits établie par le Régime de la Sécurité sociale des Etudiants ou d'un autre régime de Sécurité sociale, en vigueur pour l'année scolaire,</li> <li>Certificat de scolarité ou photocopie de la carte étudiante de l'année en cours</li> </ul> <p><b>Si le nom est différent de celui du salarié :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Livret de famille régulièrement tenu à jour</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfant âgé de moins de 28 ans à la recherche d'un premier emploi et inscrit au pôle emploi (sous réserve qu'il n'exerce pas d'activité rémunérée pendant plus de 6 mois)</li> <li>Enfant âgé de moins de 28 ans sous contrat d'apprentissage</li> <li>Enfant âgé de moins de 28 ans sous contrat de professionnalisation</li> <li>Enfant âgé de moins de 28 ans en période de service civique</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Photocopie de la notification de décision du Pôle Emploi à fournir tous les 6 mois</li> <li>Photocopie du contrat de travail d'apprentissage la 1<sup>ère</sup> année puis une copie de l'attestation d'inscription au CFA la 2<sup>ème</sup> année</li> <li>Photocopie du contrat de travail de professionnalisation la 1<sup>ère</sup> année puis une copie de l'attestation d'inscription au CFA la 2<sup>ème</sup> année</li> <li>Photocopie de la carte du volontaire</li> </ul> <p><b>Et dans tous les cas, joindre :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Photocopie de l'attestation de droits établie par la CPAM (ou par un autre Régime de la Sécurité sociale) de l'enfant, en cours de validité,</li> </ul> <p><b>Si le nom est différent de celui du salarié :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Livret de famille intégral régulièrement tenu à jour</li> </ul>                                                                                                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfant handicapé, quel que soit son âge, s'il perçoit l'allocation des adultes handicapés (AAH) ou l'allocation d'éducation des enfants handicapés (AEEH) ou s'il est titulaire d'une carte d'invalidité</li> </ul>                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Photocopie de l'attestation de droits établie par la CPAM (ou par un autre Régime de la Sécurité sociale) de l'enfant, en cours de validité,</li> <li>Photocopie de la notification de l'allocation adulte handicapé ou de la carte d'invalidité</li> </ul> <p><b>Si le nom est différent de celui du salarié :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Livret de famille régulièrement tenu à jour</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Ascendant direct (père et mère) à charge fiscale de l'assuré ou de son conjoint (limité à 2)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Photocopie de l'attestation de droits établie par la CPAM (ou par un autre Régime de la Sécurité sociale) de l'ascendant, en cours de validité.</li> <li>Photocopie du dernier avis d'imposition</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

Les informations recueillies font l'objet de traitements informatiques destinés à la passation, la promotion, la gestion, l'exécution des contrats proposés, le suivi des contentieux du groupe ainsi que le respect de nos obligations légales. Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : SIACI SAINT HONORE – Direction Risques et Conformité – Correspondant Informatique et Liberté – Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch 75815 Paris cedex 17