

**BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION
 FRAIS MEDICAUX**

Cadre réservé à l'employeur

Contrat N° _____ Date d'effet du contrat _____

Adhésion - Date d'entrée _____ C.D.D. - Date d'entrée _____ Date de fin _____

Modification - Date _____ Motif : _____

Radiation - Date _____ Motif : _____

Catégorie professionnelle : Cadre Non cadre Autre - à préciser _____

Assuré (e)

Nom _____ Prénom _____
 (texte en majuscules) (texte en majuscules)

Date de naissance _____ N° de Sécurité Sociale _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Situation de famille : Célibataire Veuf Divorcé Marié Concubin

Composition de la famille à affilier

Nom / Prénom	Date de Naissance	N° Sécurité sociale
Conjoint / Concubin*	_____	_____
Enfant à charge	_____	_____
Enfant à charge	_____	_____
Enfant à charge	_____	_____
Enfant à charge	_____	_____
Enfant à charge	_____	_____

Mon conjoint est déjà bénéficiaire d'une assurance complémentaire santé : Oui Non

Je souhaite bénéficier (ainsi que ma famille, le cas échéant) du système de télétransmission des prestations santé Oui Non

Documents à joindre IMPERATIVEMENT

- * Certificat de concubinage ou attestation sur l'honneur de vie commune accompagné (e) d'un justificatif de domicile
- Copie de l'attestation jointe à la carte VITALE de chaque bénéficiaire ayant son propre numéro de Sécurité Sociale (validité en cours). Le numéro de Sécurité Sociale des enfants est celui du parent auquel ils sont rattachés.
- Certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans
- Relevé d'identité bancaire ou postal

Certifié exact

Fait à _____ le _____

Signature de l'assuré(e)
 Précédée de la mention « lu et approuvé »

Cachet de l'entreprise

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 cartes ou attestations de prise en charge (tiers payant) qui m'auront été transmises tant pour moi-même que pour des membres de ma famille.