

SIACI SAINT HONORE

Sophie POUPARD

Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch,

75815 Paris cedex 17

Bulletin Individuel d'Affiliation au régime collectif

Garanties : FRAIS DE SANTE, INCAPACITE*, INVALIDITE*, DECES*. (* suite à accident uniquement pour le souscripteur.

S'agit-il : d'une inscription d'une radiation de bénéficiaire d'une modification **A EFFET DU**/...../.....

(affiliation au plus tôt à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit la date de réception de votre demande d'affiliation)

Structure de cotisation : Moins de 27 ans révolus : Isolé Famille Plus de 27 ans révolus : Isolé Famille

Je soussigné demande à adhérer au contrat collectif Média et déclare vouloir souscrire aux garanties ci-dessous : *cocher l'option choisie*

Santé, Incapacité, Invalidité, Décès (BASE) pour moi-même **seulement**

pour moi-même, **et** mes ayants droit au titre de la garantie santé

Option Module Complémentaire OUI NON

Option Module Complémentaire + Capital Education OUI NON

REGIME ALSACE / MOSELLE OUI NON

LE SOUSCRIPTEUR

N° de Sécurité sociale |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

N° TELEPHONE |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Nom du salarié(e) |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Prénom |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Nom de jeune fille |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Date de naissance |____| / |____| / |____|

Adresse : N° |____|____|____| Bis/Ter |____| Rue/Bvd |____|____| Nom de voie |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Code Postal |____|____|____|____| Localité |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Situation de famille Célibataire Concubin(e) Marié(e) Pacsé(e) Veuf(e) Divorcé(e) Séparé(e)

Dès réception de votre bulletin et de votre attestation de droits Sécurité sociale, vous bénéficierez du système de télétransmission directe (Noémie) des décomptes entre la Sécurité Sociale et VIVINTER, la plate-forme de gestion de SIACI SAINT HONORE. Cette procédure réduit les délais de remboursements. De plus, vous économisez les frais postaux d'envoi de décomptes à votre Régime Complémentaire Santé. Pour votre information, lorsque votre conjoint (ou concubin ou Pacsé) dispose de son propre régime complémentaire frais de santé la télétransmission n'est pas mise en place à son profit, ni le service tiers payant (si votre contrat le prévoit).

Si vous refusez la télétransmission de vos prestations santé, cochez la case ci-contre

BENEFICIAIRE (S)

Votre conjoint, concubin(e) ou Pacsé(e) bénéficie-t-il de son propre régime complémentaire santé ? Oui Non

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"/>

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

Pour pouvoir être alerté en temps réel de vos remboursements et recevoir toutes les informations relatives à votre centre de gestion, indiquez nous votre

A noter adresse e-mail :

N'oubliez pas de joindre les documents demandés au verso y compris le mandat de prélèvement ➔ ➔ ➔

A |____|____|____|____|____|____|____|____|____|

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



VIVINTER

UNE MARQUE DU GROUPE SIACI SAINT HONORE

Adressez votre demande d'affiliation à :
SIACI SAINT HONORE à l'attention de Sophie POUPARD
TSA 70004—93414 SAINT-DENIS CEDEX :



Merci de joindre à votre bulletin individuel d'affiliation les documents suivants :

- Photocopie de l'attestation de droits établie par la CPAM
(pour chaque membre de la famille possédant son propre régime de Sécurité sociale)
- Relevé d'identité bancaire ou postal,
- Et les justificatifs ci-dessous :



Membres de la famille de l'Assuré pouvant bénéficier de la mutuelle	Pièces justificatives
• Conjoint(e), concubin(e), ou Pacsé(e) salarié(e), ou relevant du régime des travailleurs non salariés, ou relevant du régime agricole, ou à charge de l'Assuré	<ul style="list-style-type: none"> • Photocopie de l'attestation de droits établie par la CPAM (ou par un autre Régime de Sécurité sociale) du conjoint, du concubin ou du Pacsé, sauf si ce dernier bénéficiaire 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, • Attestation sur l'honneur de vie commune ou copie du contrat de PACS.
• Enfant 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"> • Photocopie de l'attestation de droits établie par la CPAM (ou par un autre Régime de la Sécurité sociale) ou celle de son conjoint, de son concubin ou Pacsé, en cours de validité.
• Enfant sous contrat d'apprentissage • Enfant sous contrat de professionnalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Photocopie du contrat de travail d'apprentissage, • Photocopie du contrat de travail de professionnalisation Et dans tous les cas, joindre : • 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, Si le nom est différent de celui du salarié : • Livret de famille intégral régulièrement tenu à jour
• Enfant handicapé	<ul style="list-style-type: none"> • 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, • Photocopie de la carte d'invalidité prévue à l'article 173 du Code de la Famille Si le nom est différent de celui du salarié : • Livret de famille régulièrement tenu à jour
• Enfant scolaire, âgé de plus de 18 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Photocopie de l'attestation de droits établie par la CPAM (ou par un autre Régime de la Sécurité sociale) sur laquelle figure l'enfant, en cours de validité, • Certificat de scolarité pour l'année scolaire en cours ou la carte d'étudiant, Si le nom est différent de celui du salarié : • Livret de famille régulièrement tenu à jour
• Enfant étudiant, âgé de moins de 27 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Photocopie de l'attestation de droits établie par le Régime de la Sécurité sociale des Etudiants de l'enfant, en vigueur pour l'année scolaire ou la carte d'étudiant, • Certificat de scolarité de l'année en cours Si le nom est différent de celui du salarié : • Livret de famille régulièrement tenu à jour
• Ascendant à charge au sens fiscal	<ul style="list-style-type: none"> • Photocopie de l'avis d'imposition.



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

MANDAT DE PRELEVEMENT JOINT A COMPLETER et SIGNER

Merci de compléter le mandat de prélèvement SEPA joint - nouveau modèle selon nouvelles normes SEPA.

Je souhaite que mon (RIB) Relevé d'Identité Bancaire soit utilisé pour : Les prélèvements automatiques mensuels Les virements Frais de Santé