# DEMANDE INDIVIDUELLE D AFFILIATION
# PRÉVOYANCE FRAIS DE SANTÉ

(Signature et Cachet de l employeur, précédés de la mention « lu et approuvé »)

Type de contrat choisi :

**Prévoyance** :

Option (capital + rente) : ◯ Oui ◯ Non

**Frais de santé** :

**Actes hors nomenclature** : ◯ Oui ◯ Non

**Santé +** : ◯ Oui ◯ Non

Si oui : ◯ Formule 1 ◯ Formule 2

## CATÉGORIE D EMPLOI

◯ Cadre ◯ Assimilé cadre ◯ Employé ◯ Ouvrier ◯ Autre

**Date d entrée dans l entreprise :** **Salaire annuel brut**

Merci de nous rappeler, si nécessaire, les critères particuliers du contrat de travail du salarié ci-dessus **(spécifier si multi-employeur)**

◯ CDD ◯ CDI ◯ Temps partiel ◯ Temps plein ◯ Autre :

◯ **SALARIÉ** ◯ **AUTRE** Email Tel domicile

Nom Nom de jeune fille

Numéro de Sécurité Sociale Prénom

Né(e) le à Nationalité

◯ Célibataire ◯ Marié(e) ◯ Veuf(ve) ◯ Divorcé(e) ◯ Vie Maritale ◯ .. Nombre d enfants fiscalement à charge (enfants et ascendants)

Adresse

Code postal Ville

Liste des bénéficiaires à assurer au régime

| Assuré | Nom et Nom de jeune fille | Prénom | Date de naissance | Sexe | Date d effet | N° de Sécurité Sociale |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Participant | | | | ◯ M / F ◯ | __ __ / __ __ / __ __ __ __ | |
| Conjoint | | | | ◯ M / F ◯ | __ __ / __ __ / __ __ __ __ | |
| 1er enfant | | | | ◯ M / F ◯ | __ __ / __ __ / __ __ __ __ | |
| 2ème enfant | | | | ◯ M / F ◯ | __ __ / __ __ / __ __ __ __ | |
| 3ème enfant | | | | ◯ M / F ◯ | __ __ / __ __ / __ __ __ __ | |
| 4ème enfant | | | | ◯ M / F ◯ | __ __ / __ __ / __ __ __ __ | |

## FRAIS DE SANTÉ - Pièces à joindre

- Un relevé d identité bancaire.
- Une photocopie de l attestation de droit accompagnant votre carte Vitale, ainsi que celle de votre conjoint ou concubin, ou encore celle de votre (vos) enfant(s) étudiant(s), si nécessaire.
- Pour les personnes vivant en concubinage, joindre un certificat de vie commune ou une attestation sur l honneur accompagnée d un justificatif de vie commune (facture de téléphone ou d EDF, photocopie du bail ou RIB établis aux deux noms).
- Pour les enfants de plus de 16 ans poursuivant des études, un certificat de scolarité ou d apprentissage.
- **Pour souscrire à Santé + : Voir document d adhésion spécifique.**

## PRÉVOYANCE - Bénéficiaires du capital en cas de décès

toute modification des bénéficiaires du capital décès doit nous être communiquée dans les meilleurs délais lors d un changement de situation de famille.

Bénéficiaire(s) en cas de décès : ◯ mon conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps, ou à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut mes père et mère ou à défaut mes héritiers.

◯ autres bénéficiaires : préciser leurs nom, prénom, date de naissance .

..

**Signature du salarié**

Je certifie complets et exacts les renseignements portés sur cette demande.

Fait à : . Le : .. Signature du salarié :

Inscrire la mention « lu et approuvé »