

Raison sociale de votre entreprise : \_\_\_\_\_

### Choix de l'adhésion

ISOLE  DUO  FAMILLE

### Choix de l'option facultative (1)

PREMIUM

### Choix de la surcomplémentaire facultative (2)

EXCELLENCE

### Votre régime

ENSEMBLE DU PERSONNEL **ou**  SALARIES RELEVANT des art. 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947 **ou**  SALARIES NE RELEVANT PAS des art. 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947

### Personnes à affilier au régime :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Date de Naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

N° de tél : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'assurance : \_\_\_\_\_ Nombre d'enfant(s) à charge : \_\_\_\_\_

Situation familiale :  Célibataire  Marié(é)  Veuf(ve)  Divorcé(é)  Autre : \_\_\_\_\_

Salarié Adhérent à la surcomplémentaire facultative\* :  Oui  Non \* L'adhésion des ayants droit à l'option et à la surcomplémentaire facultative est subordonnée à l'adhésion du salarié sur cette dernière.

	Nom et Prénom	Surcomplémentaire (facultatif)*	Date de naissance	N° sécurité sociale
Conjoint		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Enfant(s)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

### Dispositions spécifiques à l'assurance Frais Médicaux

#### Pièces à joindre :

- pour les salariés et/ou conjoints : copie de l'attestation de sécurité sociale
- pour les concubins : copie de l'attestation de sécurité sociale et certificat de vie maritale
- pour le pacs : attestation de moins de 3 mois délivrée par le greffe du tribunal d'instance du lieu de naissance ou domicile
- pour les enfants à charge : copie de l'attestation de sécurité sociale et certificat de scolarité
- quelle que soit la situation de famille, un RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL pour le paiement des prestations
- en cas de souscription à une option, veuillez joindre le mandat SEPA avec votre bulletin d'affiliation (mandat SEPA disponible sur [snpc.mutuaconseil.fr](http://snpc.mutuaconseil.fr) ou faire la demande par mail [snpc.affiliation@gerep.fr](mailto:snpc.affiliation@gerep.fr))

N.B : L'assuré a le droit de refuser la télétransmission de ses prestations Santé. Dans ce cas, cochez la case ci-contre

N.B : L'assuré a le droit de refuser la télétransmission des prestations Santé de ses enfants affilié(s). Dans ce cas, cochez la case ci-contre

N.B : L'assuré a le droit de refuser la télétransmission des prestations Santé de son conjoint affilié. Dans ce cas, cochez la case ci-contre

*Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus qui serviront de base à l'affiliation à intervenir et je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité de l'affiliation, conformément au contrat souscrit par l'Entreprise auprès de l'organisme assureur*

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Nom, Fonction & signature du représentant  
de l'entreprise, cachet de l'entreprise :

Signature de l'assuré, précédée de la mention  
« lu et approuvé » :

(1) l'option permet d'améliorer l'ensemble des garanties (cf. guide de gestion)

(2) la surcomplémentaire permet d'améliorer certaines garanties dont la prise en charge des dépassements d'honoraires (cf. guides de gestion)

Contrat coassuré par les membres de l'UGM Umanens, Mutuelles soumises aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité : IDENTITÉS MUTUELLE, SIREN 379 655 541, 24, boulevard de Courcelles - 75017 PARIS ; LA MUTUELLE FAMILIALE, SIREN 784 442 915, 52 rue d'Hauteville - 75010 PARIS ; MUTUALIA GRAND OUEST (MGO), SIREN 401 285 309, Parc d'activité de Laroiseau 6 rue Anita Conti 56008 VANNES Cedex ; MUTUALIA ALLIANCE SANTE (MAS) SIREN 403 596 265, 1 rue André Gatoux 62024 ARRAS Cedex ; MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES (MTS) SIREN 449 571 256, 75, avenue Gabriel Péri 38400 Saint Martin d'Herès

Gerep, Société indépendante de courtage en assurance - 4 rue de vienne 75008 Paris - SAS au capital de 101 120 €. - RCS Paris B 351 299 862.

Immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 000 294 ([www.oriass.fr](http://www.oriass.fr)) Gerep est soumis au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Taibout 75436 cedex 09.

En cas de réclamation client : GEREP - Service réclamation - CS 40001, 4 rue de Vienne, 75378 Paris cedex 08 ou [reclamation@gerep.fr](mailto:reclamation@gerep.fr) - Les réclamations sont traitées dans un délai de 2 mois.

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 GEREP.