

Bulletin individuel d'affiliation

Base obligatoire

Salariés relevant des art. 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947 (Cadres)

Raison sociale de votre entreprise : _____

Choix de l'adhésion

UNIFORME

Choix de la surcomplémentaire facultative (1)

EXCELLENCE OPTIMUM

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 sncp.mutuaconseil.fr ou faire la demande par mail sncp.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) la surcomplémentaire permet d'améliorer certaines garanties dont la prise en charge des dépassements d'honoraires (cf. guides de gestion).