

# BULLETIN D'AFFILIATION/MODIFICATION A LA GARANTIE MALADIE

Première inscription dans la catégorie

Modification

A adresser à votre site de gestion (Adresses au verso)

## EMPLOYEUR

Raison sociale : \_\_\_\_\_ Code adhérent : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Code population : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Siret : \_\_\_\_\_  
 Nom/Prénom du correspondant : \_\_\_\_\_  
 Mail : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

## ASSURE RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

Nom d'usage\* : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
\*Marital, pseudonyme ...  
 Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Situation de famille : \_\_\_\_\_  
 N° de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Tél. : \_\_\_\_\_ Email\* : \_\_\_\_\_  
\*Pour être averti en temps réel de vos remboursements et bénéficier des services Internet

Fonction : \_\_\_\_\_ Catégorie professionnelle : \_\_\_\_\_  
( Cadre, non cadre, ETAM, ...)  
 Date d'effet garantie : \_\_\_\_\_ Régime Sécurité sociale :  Alsace Moselle  
 Général  
 Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_  
 Option retenue (si choix possible) : \_\_\_\_\_

## BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE

Modification :  Rajout  Radiation Date d'effet : \_\_\_\_\_

Je souhaite que la couverture maladie s'applique également aux ayants droit suivants :

**CONJOINT /CONCUBIN\***

(\* Produire obligatoirement un certificat de concubinage)

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

(Si différent de l'assuré)

Régime Sécurité sociale :  Alsace Moselle  Général  Autres (à préciser) \_\_\_\_\_  
(Cocher le régime de Sécurité sociale du conjoint)

Le conjoint bénéficie-t-il en son nom propre d'une complémentaire santé :  oui  non

Dans l'affirmative, **ou sans réponse de votre part**, votre conjoint et les enfants inscrits sur sa carte Vitale ne bénéficieront ni du système Noémie (télétransmission des décomptes), ni de la carte de tiers payant SP Santé. Ils conservent cependant le droit à remboursement, si l'intégralité des frais n'est pas prise en compte par leur propre complémentaire (dans la limite des garanties prévues au contrat).

## ENFANTS

Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale <small>(à compléter pour tous les enfants)</small>

Pour les enfants, préciser le numéro de Sécurité sociale du parent auquel ils sont rattachés ou le leur s'ils disposent d'une immatriculation en leur nom propre. Au-delà du 4ème enfant, merci de nous communiquer les informations sur papier libre.

**Pièces à joindre obligatoirement :** copie de l'attestation accompagnant la carte Vitale, RIB, justificatifs nécessaires (voir au verso)

Les données à caractère personnel figurant dans ce document ont été collectées auprès de votre employeur et de vous-même dans le cadre de l'adhésion au contrat souscrit par votre entreprise auprès d'Arpege Prévoyance. Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, leur rectification, leur effacement, leur portabilité ou la limitation de leur utilisation. Vous pouvez aussi, sous certaines conditions, vous opposer à un traitement de ces données. Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, 104-110 Boulevard Haussmann, 75379 PARIS Cedex 08, ou par courriel à [informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr](mailto:informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr). Pour plus d'informations sur la protection des données personnelles nous vous invitons à vous reporter à l'information complète fournie avec la notice relative au contrat.

Date et signature ASSURE

Date et cachet EMPLOYEUR

**CE DOCUMENT DOIT TRANSITER PAR L'ENTREPRISE  
QUI Y APOSERA SON TAMPON.**

## Qui peut bénéficier de la garantie ?

Sauf dispositions particulières prévues au Certificat d'Adhésion, peuvent être assurés, selon déclaration de l'assuré (et éventuellement le type de cotisation versée), outre l'intéressé lui-même :

- ⇒ Le conjoint, (ou partenaire lié par un PACS, ou concubin)
- ⇒ Ses enfants, (ou ceux du conjoint ou du partenaire lié par un PACS ou du concubin auquel la garantie est étendue), sous réserve qu'ils soient :
  - âgés de moins de 28 ans et qu'ils respectent l'une des conditions suivantes :
    - ☐ être à leur charge au sens de la Sécurité sociale,
    - ☐ suivre des études secondaires ou supérieures,
    - ☐ suivre une formation professionnelle ou en alternance,
    - ☐ **ou, à l'issue de l'une de ces situations** et pour une durée d'un an, être inscrits au Pôle Emploi et à la recherche d'un premier emploi.
  - bénéficiaires de l'allocation pour adulte handicapé avant leur 21<sup>ème</sup> anniversaire (sans limite d'âge)

## A partir de quand mes ayants-droit bénéficient-ils de la garantie ?

- ⇒ Lorsque l'inscription des ayants-droit est demandée au même moment que celle de l'assuré
  - la date d'effet sera identique à celle de l'assuré
- ⇒ Lorsque l'inscription des ayants-droit est demandée après la mise en place de la garantie frais de santé de l'assuré
  - Fournir un bulletin d'affiliation modificatif en cochant la rubrique « RAJOUT »
  - la date d'effet sera celle de l'évènement, sous réserve que la déclaration accompagnée des justificatifs, soit réceptionnée dans le mois qui suit l'évènement (mariage, PACS, naissance...)
  - à défaut, la date d'effet est fixée au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande de rajout d'un ayant-droit

## A partir de quand mes ayants-droit ne bénéficient-ils plus de la garantie ?

- ⇒ Pour le conjoint, partenaire lié par un PACS, concubin ainsi que les ayants-droit qui lui sont rattachés
  - En cas de divorce, rupture du PACS, cessation de vie commune.
- ⇒ Pour les enfants,
  - Dès qu'ils ne remplissent plus les conditions prévues ci-dessus,
  - et en particulier, pour ceux ayant un Numéro Sécurité sociale personnel,
    - ☐ dès qu'ils exercent une activité leur procurant un revenu supérieur au SMIC ou dès qu'ils bénéficient en leur nom propre d'une complémentaire santé.
- ⇒ Ou, en tout état de cause, à la demande écrite de l'assuré
  - Fournir un bulletin d'affiliation modificatif en cochant la rubrique « RADIATION »

## Pièces à joindre au bulletin d'affiliation

Assuré	Conjoint / Concubin / Partenaire à un PACS	Enfant avec un Numéro Sécurité sociale personnel
<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Attestation de droits à l'assurance maladie émise par la Sécurité sociale</li> <li>☐ Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou Postal (RIP) au nom de l'assuré ou compte joint (avec coordonnées IBAN BIC*)</li> </ul> <p><small>En cas de gestion individuelle de tout ou partie de la cotisation – prélèvement direct sur le compte de l'assuré – la signature de bulletin vaut autorisation de mettre en place ledit prélèvement. Les coordonnées SEPA de ce prélèvement seront notifiées sur le Certificat d'Affiliation.</small></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Attestation de droits à l'assurance maladie émise par la Sécurité sociale (si le numéro Sécurité sociale est différent de celui de l'assuré)</li> <li>☐ Certificat de concubinage ou attestation sur l'honneur de vie commune</li> <li>☐ PACS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Attestation de droits à l'assurance maladie émise par la Sécurité sociale et</li> <li>☐ Certificat de scolarité (à fournir à chaque rentrée scolaire) ou</li> <li>☐ Contrat d'apprentissage, d'alternance, de professionnalisation ... ou</li> <li>☐ Inscription au Pôle Emploi et notification de refus d'indemnisation ou</li> <li>☐ Notification du handicap par la MDPH (Maison des Personnes Handicapées) délivrée avant le 21<sup>ème</sup> anniversaire</li> </ul>