

DÉCLARATION D'AFFILIATION

☐ SNCF ☐ SNCF RÉSEAU ☐ SNCF VOYAGEURS ☐ SNCF GARES & CONNEXIONS ☐ FRET SNCF



Contrat SNCF salariés Contractuels | Santé



Les accords collectifs d'entreprise rendent obligatoire la couverture de frais de santé pour les salariés contractuels. Le salarié doit, par conséquent, compléter la déclaration d'affiliation ci-dessous.

À compléter OBLIGATOIREMENT DANS LES 15 JOURS

ENTREPRISE

Libellé Agence Paie et Famille

Date d'affiliation du salarié contractuel justifiant d'une ancienneté de 2 mois au contrat Santé

Il existe des possibilités de dispense d'affiliation. Les formulaires de dispense d'adhésion sont à disposition au Pôle RH, sur l'intranet SNCF (Espace salariés ou portail de l'Agence Paie et Famille). Le formulaire de dispense d'adhésion choisi devra être envoyé à l'une des adresses indiquées dans l'encadré présent en toute fin de ce document.

Type de contrat de travail : ☐ CDD ☐ CDI

Date de début de contrat de travail

Date de fin de contrat de travail

☐ Régime Général de la Sécurité sociale ☐ Régime Alsace Moselle

Je soussigné, certifie que le salarié ci-dessous désigné, est présent aux effectifs de l'entreprise à la date de signature de la présente déclaration.

À

le

Nom et signature du RRH
de l'établissement

RESERVÉ A NOTRE ORGANISME

N° ADHÉRENT

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DÉCLARATION

1- Ecrivez en lettres capitales.

2- Remplissez au verso de ce document, la garantie choisie et le tableau des bénéficiaires de votre contrat Santé.

3- Dater, signez votre déclaration.

Joignez les pièces suivantes :

- la photocopie de l'attestation jointe à votre carte vitale, et celle pour chaque membre de votre famille bénéficiant du contrat Santé.

Pour nous permettre l'étude de droits d'inscription :

- enfant de plus de 18 ans : tout document justifiant de sa situation actuelle (certificat de scolarité, copie du contrat d'apprentissage, carte d'invalidé...),
- partenaire lié par un PACS : attestation de PACS
- concubin : attestation sur l'honneur de concubinage signée par les 2 concubins et tout justificatif de domicile commun,
- dater, signez votre déclaration et renvoyez le tout à l'adresse indiquée en fin du document (adresse postale ou numérique).

AGENT CONTRACTUEL

N° d'immatriculation SNCF

9112590P

Nom

Dhervillez

Nom de naissance

Leleux

Prénom

Hélène

N° de Sécurité sociale

291125939235465

Sexe ☒ F ☐ M Civilité ☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle

Situation de famille : ☐ célibataire ☐ concubin(e) ☐ divorcé(e) ☒ marié(e) ☐ pacsé(e)
☐ séparé(e) ☐ veuf(ve)

Date de naissance

22/12/1991

Rés, Bât, Appt.

N°

8

Adresse

Rue de lindau

Code postal

77500

Ville

Chelles

Téléphone fixe

Téléphone portable

0744773099

e-mail

hdhervillez@gmail.com helene.leleux@sncf.fr

COORDONNÉES BANCAIRES (recopiez les indications figurant sur votre RIB)

N° d'identification international du compte bancaire - **IBAN**

FR76 1080 7004 2742 4198 6973 228

Code international d'identification de votre banque - **BIC**

CCBPFRPPDJN

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Choix du régime : ☒ Régime Socle **OU** ☐ Régime Socle + Surcomplémentaire

BÉNÉFICIAIRES À GARANTIR (moyennant paiement des cotisations correspondantes)⁽¹⁾

	Nom ↓	Prénom ↓	Date de naissance ↓	N° d'Assuré social ↓
Conjoint ⁽²⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> profession indépendante <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
1 ^{er} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
2 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
3 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
4 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
5 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		

(1) voir définition des bénéficiaires dans la notice Frais de Santé

(2) ou partenaire lié par un PACS ou concubin

Afin de permettre le remboursement rapide de mes frais soins de santé, j'autorise l'échange d'information par télétransmission entre ma caisse d'Assurance Maladie et la mutuelle Malakoff Humanis Nationale.

A le

Signature du salarié précédée de la mention "lu et approuvé"

**Cette déclaration doit être transmise dans les 15 jours suivant l'embauche
ou le nouveau contrat CDD à l'une des adresses suivantes :**

Envoi papier :

CENTRE DE NUMERISATION,
41 rue Jules Barni, CS1041, 80041 AMIENS CEDEX 1

Envoi numérique sur le site de l'Agence Paie et Famille :

- Intranet : <http://agence-paie-et-famille.sncf.fr>
- Internet : <https://agence-paie-et-famille.sncf.com>

Nos organismes sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 Place de Budapest - 75436 Paris cedex 09. • Toutes les informations collectées sont obligatoires pour votre organisme assureur, responsable de traitement, pour la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés directement sur notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Lafitte 75317 Paris cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

MHN, Malakoff Humanis Nationale, Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°339 358 681
Siège social : 139/147 rue Paul Vaillant-Couturier - 92240 MALAKOFF
Mutuelle membre du groupe Malakoff Humanis