



OPTION FACULTATIVE

Souhaitez-vous la couverture optionnelle négociée par votre employeur ?

☐ OUI

☐ NON

La cotisation au titre de l'option facultative est à votre charge. Elle sera prélevée sur votre fiche de paie ou votre compte bancaire selon le mode de paiement indiqué dans votre Notice d'Information.

Précisez l'option choisie _____

Veuillez-vous référer au tableau de garanties figurant à la Notice d'Information afin de connaître le détail des niveaux de garanties.

POUR FINALISER L'ADHÉSION

- Écrivez en lettres capitales.
- Joignez les pièces suivantes :
 - la photocopie de l'attestation jointe à votre carte vitale datant de moins d'un an (disponible sur ameli.fr ou dans votre CPAM), et celle pour chaque membre de votre famille bénéficiant du contrat Santé
 - votre relevé d'identité bancaire
 - le mandat SEPA dans le cas où nous vous le demandons
- Si vous êtes concernés :*
 - les photocopies des certificats de scolarité pour les enfants de moins de 21 ans ou tout document justifiant de leur situation, l'attestation de PACS, votre certificat de concubinage ou une attestation sur l'honneur.
- Datez et signez votre déclaration.
- Transmettez le tout à votre entreprise

DÉFINITION DES AYANTS DROIT

- Votre conjoint, c'est-à-dire non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, non divorcé ou à votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité.
- Votre concubin célibataire, divorcé ou veuf. Le concubin s'entend de la personne qui vit en concubinage avec vous. Le concubinage doit être notoire et permanent pendant une durée d'au moins deux ans. Aucune durée n'est exigée si un enfant, reconnu par l'assuré, est né de cette union.

Tant que le mariage n'est pas dissous, votre conjoint légitime peut disposer d'un droit au remboursement, excluant de ce fait, et sans recours possible, le concubin de l'accès aux garanties. En cas de divorce du salarié, les droits aux prestations d'un concubin prennent effet au lendemain de la date du jugement de dissolution du mariage.
- Les enfants de moins de 21 ans rattachés à votre foyer fiscal, à celui de votre conjoint, de votre partenaire de PACS ou de votre concubin ou, n'étant pas dans cette situation, qui exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55% du SMIC. Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à 28 ans pour :
 - Les enfants qui poursuivent leurs études et bénéficient du Régime des étudiants ; sont assimilés à des étudiants les enfants qui poursuivent leurs études dans le cadre d'un contrat en alternance et bénéficient de revenus inférieurs à 55% du SMIC.
 - Les enfants reconnus, atteints d'un handicap les empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice.

TRANSMISSION DU DOCUMENT

ASSURÉ PRINCIPAL

SERVICE RESSOURCES HUMAINES

CENTRE DE GESTION (Par envoi postal)
Crédit Agricole Assurances
TSA 50190
28 039 CHARTRES CEDEX

Utilisation de vos données personnelles

- Les données à caractère personnel collectées dans le présent bulletin d'adhésion, et au cours de son exécution, sont communiquées à Predica, assureur responsable de traitement et à son gestionnaire.
- Pour les besoins du traitement, dans le cadre de ses activités d'assurance maladie, maternité, invalidité, en vertu des dispositions de l'article R. 115-2 (2o) du code de la sécurité sociale, l'assureur est autorisé à collecter et traiter le numéro d'inscription au répertoire (NIR), à l'exclusion de toute utilisation aux fins d'identification des doublons ou des homonymies.
- Seules les personnes habilitées pourront avoir accès à cette donnée confidentielle.
- En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique aux Fichiers et aux Libertés, modifiée par la loi, la personne dont les données sont connectées dispose d'un droit d'accès, de modification et d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données. Ces droits s'exercent par courrier auprès de : Predica - Service Clients - 75724 Paris Cedex 15.

Je déclare toutes les informations fournies exactes et sincères. En communiquant mon adresse email, j'accepte expressément par la présente de recevoir de Crédit Agricole Assurances des informations relatives à mon contrat.

Mon adhésion permet la délivrance d'une carte santé ouvrant droit à la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé. Je m'engage à restituer sans délai ma carte en cours de validité, si je venais à quitter le groupe assuré ainsi qu'à rembourser toute somme indûment avancée sur mon compte.

En signant ce formulaire, je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'Information du contrat Frais de Santé et de ses annexes.

Signature du salarié assuré
précédée de la mention « lu et approuvé »

Fait à _____ le ____/____/____

