



# BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHÉSION SANTÉ ENTREPRISE

## À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

Raison sociale de l'entreprise : MICROSTORE 38330

Catégorie de personnel concernée : Ensemble du personnel

N° du Contrat complémentaire : 225188921

N° du Contrat surcomplémentaire : 227304560

Date d'entrée dans l'entreprise ou le collège :   /    

Date d'effet du contrat : 01 10 2021

Date d'adhésion du salarié au contrat :

## À COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT

Nom d'usage (majuscule) ☐ M. ☐ Mme : ..... Prénom : .....

E-mail: .....

Date de naissance:

Adresse : .....

Code postal :      Ville :

N° de Sécurité sociale :

Situation de l'adhérent : ☐ Marié ☐ Célibataire, veuf, divorcé ☐ PACS ou concubinage

Téléphone :

## À COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT : LES BÉNÉFICIAIRES

## MEMBRES DE LA FAMILLE BÉNÉFICIAIRES DU CONTRAT FRAIS DE SANTÉ

NOM/PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE UTILISÉ POUR LES REMBOURSEMENTS
Le conjoint, concubin(e) ou partenaire PACS .....	Pour refuser la télétransmission avec la Sécurité sociale, cocher la case NON <sup>(1)</sup> <div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> </div>	Oui Non <div> <div></div><div></div> </div>
Les enfants à charge .....	Pour refuser la télétransmission avec la Sécurité sociale, cocher la case NON <sup>(1)</sup> <div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> </div>	Oui Non <div> <div></div><div></div> </div>
.....	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> </div>	<div> <div></div><div></div> </div>
.....	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> </div>	<div> <div></div><div></div> </div>
.....	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> </div>	<div> <div></div><div></div> </div>
.....	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> </div>	<div> <div></div><div></div> </div>

(1) Si le bénéficiaire adhère déjà à une autre complémentaire Santé avec laquelle il souhaite maintenir la transmission automatique de ses remboursements Sécurité sociale, la case NON doit être cochée. Dans ce cas les décomptes de la complémentaire devront nous être transmis si des frais subsistent à votre charge. A défaut nous mettrons en place la télétransmission pour ce contrat.

**Documents à joindre obligatoirement par l'adhérent pour lui-même et pour chacun des bénéficiaires :** Une photocopie de l'attestation d'assurance maladie en cours de validité et

- pour l'adhérent : le relevé d'identité bancaire, postal ou caisse d'épargne,
- pour les conjoints et les enfants : une photocopie du livret de famille,
- pour les concubins : un justificatif de domicile commun,
- pour les partenaires de PACS : une copie du Pacte Civil de solidarité,
- pour les enfants majeurs : une photocopie du certificat de scolarité de l'année scolaire en cours ou l'historique primo demandeur d'emploi,
- pour les personnes handicapées : une photocopie de leur carte d'invalidité civil et un justificatif de versement de l'allocation adulte handicapé,
- pour les avants droit ne figurant pas en tant que bénéficiaires sur l'Attestation des droits à l'assurance maladie : une photocopie du livret de famille.

### CHOIX DE L'OPTION

Vous pouvez faire le choix de compléter l'étendue de vos garanties prévues par votre contrat socle obligatoire :

Ces garanties vous sont décrites dans la Notice associée.

Les cotisations associées se rajoutent à celles de votre contrat socle obligatoire. Elles seront payables mensuellement d'avance et prélevées sur votre compte courant dont les coordonnées sont à nous indiquer sur le mandat SEPA joint.

Votre choix	<input type="checkbox"/> Option 1	<input type="checkbox"/> Option 2
par assuré sans ayant droit	0,33 % PMSS	0,55 % PMSS
par assuré avec un ou plusieurs ayants droit	0,70 % PMSS	1,40 % PMSS

Tarif mensuel valable à la souscription, susceptible d'évoluer chaque année.

### LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

En complément de la Notice d'information et de sa section relative aux données personnelles, je suis informé(e) qu'AXA France peut utiliser mes informations pour promouvoir ses offres d'assurance, banque et assistance. Je peux m'y opposer en cochant la case ci-contre. ☐

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex).

Fait à : ..... Le :

Signature de l'adhérent précédée de la mention « lu et approuvé »

Cachet de l'entreprise

Nom et cachet de votre interlocuteur



Assurance et Banque

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA ASSURANCES COLLECTIVES

Le « mandat de prélèvement SEPA » est le document officiel qui remplace l'autorisation de prélèvement au niveau européen.

En signant ce mandat, vous autorisez :

- AXA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte
- Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'AXA

**Important : merci de nous retourner ce mandat de prélèvement SEPA complété, signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Epargne (RICE). Nous vous rappelons que les prélèvements sur compte-épargne ne sont pas acceptés.**

### DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

**AXA France**  
**Assurance Collectives**  
313 Terrasses de l'Arche  
92727 Nanterre Cedex - France

Identifiant Créancier SEPA : **FR14ZZZ391832**

### INFORMATIONS DU PAYEUR

#### Identité

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal :      Ville : .....

Pays : .....

#### Compte à débiter

Numéro international d'identification

du compte bancaire (IBAN) :

Code international d'identification de votre banque (BIC) :

### IDENTIFICATION DU MANDAT

Référence Unique du Mandat (zone réservée aux services AXA France Assurances Collectives) :

Type de contrat : Santé

Numéro de votre contrat : 2273045600001

Nous vous rappelons que vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. La demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat de prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Pour plus d'informations, vous pouvez aussi vous connecter sur **axa.fr**.

Fait à :

.....

Le :

Signature précédée  
de la mention « lu et approuvé »

Les informations recueillies dans le présent mandat, qui doit être complété, sont nécessaires au traitement de ma demande et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion. Conformément aux articles 38 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, elles peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification auprès de : AXA France Assurances Collectives – Service Information Clients – 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex – pour toute information me concernant.