



Ref GS : 7911 / 17928

REF /ADBI/CAPGEMINI/313

Société d'appartenance :

Prise d'effet de l'adhésion : / /

Prise d'effet de la modification : / /

Souhaitez-vous adhérer au régime SURCOMPLEMENTAIRE facultatif (Ref GS 17928) ? Oui ☐ Non ☐

Si vous adhérez, les bénéficiaires indiqués sur le présent bulletin bénéficieront des garanties pour une cotisation mensuelle de 0,47 % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (soit 15,56 € en 2018) + 0,23 % du PMSS (soit 7,62 €) si votre conjoint bénéficie de revenus d'activité**. Ces cotisations sont intégralement à votre charge et seront prélevées sur votre compte bancaire ou postal (merci de compléter un mandat SEPA)

SALARIE

Nom Legrand
Prénom Jennifer
Date de naissance (JJ/MM/AA) 17 08 85
N°S.S 2 85 08 40 088 088 29
Régime Général ☒ Régime Alsace / Moselle ☐
Numéro d'organisme de rattachement Sécurité Sociale ⁽¹⁾ / / / / / / / / / /

Adresse : 5 rue Dizzy Gillespie
CP 33700 - Ville Mérignac
E Mail jyooaraj@gmail.com
Renseigner votre adresse Email vous permet d'accéder automatiquement à « Vos services en ligne » (Espace Assuré, Relevé de décompte électronique, Mail des envois d'un remboursement).

Vos ayants-droit ont déjà leur propre régime complémentaire santé et vous souhaitez les affilier, cocher alors la case « Bénéficie d'une autre mutuelle ». Ils bénéficieront de la télétransmission et du Tiers Payant via cet autre organisme.

Pour l'adhésion de mon conjoint(e) :

☐ J'atteste sur l'honneur que mon conjoint(e) M/Mme..... ne perçoit aucun revenu d'activité**, je souhaite le faire adhérer à titre gratuit (merci de compléter le formulaire « Attestation sur l'honneur » prévu à cet effet).

☐ Je souhaite affilier mon conjoint(e) qui perçoit des revenus d'activité**. J'ai bien compris que cette adhésion entraîne une cotisation supplémentaire de 12 € entièrement à ma charge, que cette adhésion m'engage à minima pour une période de 2 ans, qu'elle est renouvelée par tacite reconduction et qu'elle peut être résiliée au 31 décembre de chaque année avec un préavis de 2 mois. Je joins en PJ le Mandat SEPA complété et un RIB ou RIP.

(**) Par revenu d'activité, on entend : traitement/salaire, BIC (Bénéfices Industriels et Commerciaux), BA (Bénéfices Agricoles), BNC (Bénéfices Non Commerciaux).

CONJOINT(E), CONCUBIN(E) ou PACSE(F) tel que défini au contrat

Nom	Prénom	Date de naissance	Numéro Sécurité Sociale de rattachement	Numéro d'organisme de rattachement Sécurité Sociale (NOEMIE*)	Bénéficie d'une autre mutuelle
		/ /	/ / / / / / / /	/ / / / / / / /	<input type="checkbox"/> oui

ENFANT(S) A CHARGE tel(s) que défini(s) au contrat

Nom	Prénom	Date de naissance	Numéro Sécurité Sociale de rattachement	Numéro d'organisme de rattachement Sécurité Sociale (NOEMIE*)	Bénéficie d'une autre mutuelle
<u>Legrand</u>	<u>Mélody</u>	<u>31 01 04</u>	<u>2 85 08 40 088 088 29</u>	/ / / / / / / /	<input type="checkbox"/> oui
		/ /	/ / / / / / / /	/ / / / / / / /	<input type="checkbox"/> oui
		/ /	/ / / / / / / /	/ / / / / / / /	<input type="checkbox"/> oui
		/ /	/ / / / / / / /	/ / / / / / / /	<input type="checkbox"/> oui
		/ /	/ / / / / / / /	/ / / / / / / /	<input type="checkbox"/> oui
		/ /	/ / / / / / / /	/ / / / / / / /	<input type="checkbox"/> oui

(1) ce numéro qui apparaît en haut à gauche de votre attestation vitale à jour, nous permet de mettre en place la télétransmission avec votre organisme de Sécurité Sociale et vous évite ainsi de nous fournir la copie de votre attestation vitale. Nous vous rappelons que vous pouvez obtenir un exemplaire de votre attestation vitale sur votre compte <http://www.ameli.fr>

(*) NOEMIE : La télétransmission par NOEMIE est une procédure d'échanges informatiques qui permet aux personnes affiliées au régime général ainsi que celles affiliées à certaines caisses de la Mutualité Sociale Agricole ou caisses du régime des Etudiants, d'être remboursées sans envoyer leurs décomptes. Les ayants droit couverts par leur propre mutuelle ne peuvent pas en bénéficier. GRAS SAVOYE sera informé par télétransmission du détail des prestations Sécurité Sociale pour vos frais médicaux. Nous recevons également vos indemnités journalières si vous bénéficiez d'un contrat prévoyance dont nous avons la gestion. Un message apparaîtra sur les décomptes transmis par votre Caisse d'Assurance Maladie. Conformément à la commission Nationale Informatique des Lois et Libertés (loi du 06.01.78), vous pouvez renoncer à la télétransmission. Dans ce cas, veuillez nous le notifier par écrit.

→TSVP

Pièces à joindre :

- Un relevé d'identité bancaire IBAN-RIB
- Conjoint/Concubin/PACS : acte de mariage, copie de l'attestation de PACS ou attestation sur l'honneur de vie maritale
- Pour les enfants âgés de 18 ans et plus (maximum 28 ans) poursuivant leurs études : un certificat de scolarité ou d'apprentissage
- Une copie de l'attestation vitale de chaque bénéficiaire si le numéro d'organisme de rattachement Sécurité Sociale n'a pas été renseigné
- L'attestation sur l'honneur si mon conjoint ne perçoit aucun revenu d'activité**
- Le mandat SEPA si vous souhaitez rattacher votre conjoint avec revenu d'activité** et/ou si vous souhaitez adhérer à la


SURCOMPLEMENTAIRE facultative

(**) Par revenu d'activité, on entend : traitement/salaire, BIC (Bénéfices Industriels et Commerciaux), BA (Bénéfices Agricoles), BNC (Bénéfices Non Commerciaux).

En application de la Loi "Informatique et Libertés" du 06/01/1978, nous vous informons que la communication des données à caractère personnel est obligatoire pour la prise en compte de votre adhésion et pour la gestion de votre contrat et qu'elles seront utilisées pour ces seules finalités. Le défaut de réponse aura pour seule conséquence de ne pas nous permettre de prendre en compte votre adhésion. Les données collectées pourront être transmises à votre employeur et à nos partenaires contractuels concourant à la gestion de votre contrat [administrations, organismes de Sécurité Sociale, autorités de tutelle....], à l'exclusion de tout transfert à l'étranger. Nous nous engageons à prendre toutes précautions utiles afin de préserver la sécurité et la confidentialité de vos données dans les conditions prévues par la Loi Informatique et Libertés. Conformément aux dispositions de la Loi précitée, vous disposez des droits d'opposition, d'accès, de correction, de mise à jour et d'effacement de vos données en vous adressant au responsable du traitement :
Gras Savoye SANTE - 93883 Nolsy-le-Grand cedex

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document et m'engage à en signaler toute modification.
Je consens à la collecte des données de santé et indemnités journalières nécessaires au règlement des prestations.

CACHET DE L'ENTREPRISE

Fait à Mérignac le 18/6/19
Signature de l'adhérent(e) précédée de la mention "Lu et
Approuvé"
"Lu et approuvé"


Le présent document est à remettre dûment complété et signé, avec les pièces justificatives à mon service Ressources Humaines.