

**CONTRAT GROUPE FRAIS DE SANTÉ
 BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION**
☐ Cadre

☐ Non Cadre

DONNÉES SALARIÉ

☐ **Adhésion** ☐ **Modification :** ☐ Données bénéficiaires ☐ Données salarié (adresse, situation de famille ...)

Raison Sociale : _____ Numéro de contrat : _____

Date d'entrée dans l'entreprise : _____

Date d'effet de l'adhésion de l'adhérent ou modification données : _____

Numéro de Sécurité sociale : _____ Date de naissance : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél domicile : _____ Tél portable : _____

Adresse e-mail : _____ @ _____

Important: l'adresse mail permet de recevoir un décompte à chaque versement de prestation (sinon envoi postal semestriel)

TÉLÉTRANSMISSION ENTRE SÉCURITÉ SOCIALE ET SAFIAG
En complément de la télétransmission de mes décomptes de Sécurité sociale vers SAFIAG, je souhaite en faire bénéficier :

 Mon conjoint/concubin/pasce : Oui ☐ Non ☐ (car il bénéficie de sa propre complémentaire santé ou mutuelle)

 Mes enfants : ☐ Oui ☐ Non (car ils bénéficient de la complémentaire santé ou mutuelle de mon conjoint/concubin)

Si vous cochez « Non », il conviendra de nous faire parvenir les originaux des décomptes de la complémentaire santé ou mutuelle de votre conjoint/concubin. En effet la Sécurité sociale n'accepte qu'une seule connexion par assuré.
CHOIX DU RÉGIME

 Je souhaite bénéficier du régime de : ☐ Base ☐ Base + Option (précisez le nom ou le numéro de l'option): _____

BÉNÉFICIAIRE(S) À GARANTIR AU TITRE DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Bénéficiaire	Nom & Prénom	N° Sécurité sociale	Date de naissance
Conjoint/concubin/pasce			
1 ^{er} enfant à charge			
2 ^{ème} enfant à charge			
3 ^{ème} enfant à charge			
4 ^{ème} enfant à charge			

PIECES A JOINDRE:

- Pour vous et votre famille, **copie des attestations de Sécurité sociale** sur lesquelles figurent les références de votre centre.
- **Votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB)** : compte personnel du salarié ou compte joint.
- Pour les étudiants, certificat de scolarité de l'année en cours.
- Le **Mandat SEPA** si choix de l'option complémentaire facultative et/ou adhésion facultative des ayants-droit.

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document, m'engage à signaler toute modification et à restituer en cas de cessation de l'assurance les cartes ou attestations de prise en charge (Tiers-Payant), qui m'auront été transmises tant pour moi-même que pour les membres de ma famille. J'autorise mon employeur à m'affilier au contrat précité et précise avoir reçu la notice d'information ainsi que l'acte fondateur instituant le régime frais de santé au sein de l'entreprise. J'autorise mon employeur à effectuer le précompte des cotisations sur mon salaire.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et du règlement général sur la protection des données (RGPD) en date du 27 Avril 2016, les données personnelles recueillies dans le cadre du présent contrat feront l'objet d'un traitement informatique dont la gestion et l'exécution de votre contrat santé.

En cochant la case OUI, ci-dessous, vous donnez expressément votre consentement au traitement de vos données personnelles, aucun traitement commercial ne sera mis en œuvre. En l'application de la législation en vigueur, vous pourrez exercer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition concernant l'utilisation et le traitement de vos données personnelles en écrivant par voie postale ou par email au délégué à la protection des données : dpo@safiag.zendesk.com

 Consentement à l'utilisation des données personnelles : ☐ OUI ☐ NON

DATE : _____

 SIGNATURE DU SALARIÉ :
 (précédé de la mention « lu et approuvé »)

 CACHET DE LA SOCIÉTÉ :
 (obligatoire)

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA-ICS FR 11ZZZ425642

RÉFÉRENCE UNIQUE DE MANDAT ⁽¹⁾

(1) lors d'une nouvelle adhésion, la référence unique de mandat vous sera communiqué sur le courrier confirmant votre inscription.

Le mandat de prélèvement SEPA est le nouveau document officiel qui remplace désormais l'autorisation de prélèvement au niveau européen. En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **SAFIAG SANTÉ PRÉVOYANCE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte aux instructions de **SAFIAG**.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée à votre banque :

- Dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- Dans les 13 mois suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement non autorisé.

INFORMATIONS ADHÉRENT (DÉBITEUR)

Nom : Prénom :
Adresse :
Code Postal : Ville :

LES COORDONNÉES DE VOTRE COMPTE

BIC - Code International d'identification de votre banque

IBAN - numéro d'Identification Internationale du compte bancaire

INFORMATIONS CRÉANCIER

Nom du créancier : **SAFIAG TESSON DE FROMENT** Identifiant du créancier : **FR 11 ZZZ 425 642**

Adresse : **16 Allée Titouan Lamazou 85340 Olonne sur Mer**

Type de paiement : **Paiement récurrent/répétitif**

DATE ET SIGNATURE

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document, m'engage à signaler toute modification et à restituer en cas de cessation de l'assurance les cartes ou attestations de prise en charge (Tiers-Payant), qui m'auront été transmises tant pour moi-même que pour les membres de ma famille. J'autorise mon employeur à m'affilier au contrat précité et précise avoir reçu la notice d'information ainsi que l'acte fondateur instituant le régime frais de santé au sein de l'entreprise. J'autorise mon employeur à effectuer le précompte des cotisations sur mon salaire.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et du règlement général sur la protection des données (RGPD) en date du 27 Avril 2016, les données personnelles recueillies dans le cadre du présent contrat feront l'objet d'un traitement informatique dont la gestion et l'exécution de votre contrat santé.

En cochant la case OUI, ci-dessous, vous donnez expressément votre consentement au traitement de vos données personnelles, aucun traitement commercial ne sera mis en œuvre. En l'application de la législation en vigueur, vous pourrez exercer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition concernant l'utilisation et le traitement de vos données personnelles en écrivant par voie postale ou par email au délégué à la protection des données : dpo@safiag.zendesk.com

Consentement à l'utilisation des données personnelles :

☐ OUI ☐ NON

IMPORTANT : JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Fait à Le

SIGNATURE de l'affilié à faire précéder de la mention « Lu et approuvé »