

Département Affiliations  
Tél. : 01 70 91 39 05  
www.vivinter.fr

Il s'agit d'une : ☐ inscription ☐ changement d'option **(1)**

A EFFET DU ...../...../.....

## Bulletin Individuel d'Affiliation au régime collectif souscrit par l'entreprise

**Collège : Ensemble du personnel**

CACHET DE LA SOCIETE :

**Etablissement ISO :** .....

**Merci de cocher votre choix d'option ET votre choix de structure de cotisation :**

**CHOIX D'OPTION**

- ☐ REGIME DE BASE  
☐ REGIME DE BASE + REGIME OPTIONNEL

**STRUCTURE DE COTISATION :**

- ☐ ASSURE SEUL  
☐ ASSURE + CONJOINT  
☐ ASSURE SEUL + ENFANT (S)  
☐ ASSURE + CONJOINT + ENFANT (S)

### LE SALARIE

**N° de Sécurité sociale\*** .....  
**Nom du salarié(e)\*** ..... **Prénom\*** .....  
**Nom de jeune fille** ..... **Date de naissance** ..... / ..... / .....  
**Adresse\* : N°** ..... **Bis/Ter** ..... **Nom de voie** .....  
.....  
**Code Postal** ..... **Ville** .....  
**ETRE INFORME ET GERER VOTRE SANTE 24h/24**  
**Adresse email\* :** .....  
Pour recevoir en temps réel vos décomptes de remboursement et vos alertes e-mails concernant votre dossier, renseignez votre adresse e-mail.  
**Situation de famille\*** ☐ Célibataire ☐ Concubin(e) ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Veuf(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e)

\* Nous vous recommandons de renseigner l'ensemble des champs mentionnés d'une « \* » afin de vous assurer un suivi personnalisé et de vous informer en temps réel sur votre dossier.

**Mise en place de la Télétransmission NOEMIE :** Dès réception de votre bulletin et de votre attestation de droits Sécurité sociale, vous bénéficierez du système de télétransmission NOEMIE (transfert des décomptes entre la Sécurité sociale et VIVINTER). Cette procédure réduit les délais de remboursements. De plus, vous économisez les frais postaux d'envoi de décomptes à votre Régime Complémentaire Santé. Pour votre information, lorsque votre conjoint (ou concubin ou Pacsé) dispose de son propre régime complémentaire frais de santé la télétransmission n'est pas mise en place à son profit, ni le service de tiers payant (si votre contrat le prévoit). Si vous refusez la télétransmission de vos prestations santé, cochez la case ci-contre ☐

### BENEFICIAIRE (S)

Votre conjoint, concubin(e) ou Pacsé(e) bénéficie-t-il (elle) de son propre régime complémentaire santé ? Oui ☐ Non ☐

Qualité	N° d'immatriculation Sécurité Sociale	NOM	Prénom	Date de naissance	(*)	Cochez si refus télétransmission
Conjoint(e)						<input type="checkbox"/>
Enfant						<input type="checkbox"/>
Enfant						<input type="checkbox"/>
Enfant						<input type="checkbox"/>
Enfant						<input type="checkbox"/>

**(1) Choix et changement de régime :** Vous êtes est obligatoirement affilié au régime de base. Lors de votre affiliation, vous pouvez opter moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire, pour le régime optionnel. Dans ce cas, les garanties du régime optionnel se substitue au régime de base. Le régime retenu s'applique dans tous les cas à tous les bénéficiaires.

En cas de changement de famille, vous avez la possibilité de changer de régime dans les 3 mois qui suivent ce changement ; la nouvelle garantie prenant effet le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande, le cachet de la poste faisant foi.

Chaque 1<sup>er</sup> janvier, sous réserve que votre demande parvienne à VIVINTER avant le 31 octobre de l'année précédente (le cachet de la poste faisant foi) :

- Si vous êtes affilié au régime de base, vous avez la possibilité d'opter pour le régime optionnel pour une durée minimum de 2 ans (sauf en cas de changement de situation de famille),

- Si vous êtes affilié au régime optionnel : vous avez la possibilité de modifier votre choix après une durée d'inscription de 2 ans à ce dernier (sauf en cas de changement de situation de famille).

A .....

Le ...../...../.....

Signature (précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

## DOCUMENTS A JOINDRE A VOTRE BULLETIN D’AFFILIATION

- Relevé d'identité bancaire
- Photocopie de VOTRE attestation de droits Sécurité sociale (établie par votre CPAM)
- Photocopie de l'attestation de droits Sécurité sociale de VOTRE conjoint(e) et de VOTRE (vos) enfant(s) s'il(s) a (ont) leur propre numéro Sécurité sociale




### CONSEILS PRATIQUES

**Vous pouvez obtenir votre attestation de droits Sécurité sociale facilement et rapidement auprès de votre CPAM (appel téléphonique ou borne Vitale) ou par Internet sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) depuis votre compte ameli (si vous êtes affilié au Régime Général Sécurité sociale)**

Membres de la famille de l'Assuré pouvant bénéficier de sa mutuelle	Pièces justificatives à fournir
<ul style="list-style-type: none"> <li>Conjoint(e), concubin(e), ou Pacsé(e) salarié(e), ou relevant d'un autre régime ou à charge de l'Assuré</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Photocopie de l'attestation de droits établie par la CPAM (ou par un autre Régime de Sécurité sociale) du conjoint, du concubin ou du Pacsé, sauf si ce dernier bénéficie du système NOEMIE auprès de son propre Régime Complémentaire Santé. Si ce document ne mentionne pas l'adresse ; fournir une copie d'un justificatif de domicile (EDF...) établi à la même adresse que le salarié,</li> <li>Attestation sur l'honneur de vie commune <b>ou</b> copie du contrat de Pacs.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfant âgés de moins de 20 ans à charge fiscale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Photocopie de l'attestation de droits établie par la CPAM (ou par un autre Régime de la Sécurité sociale) de l'assuré ou celle de son conjoint, de son concubin ou Pacsé, en cours de validité.</li> <li>Dernier avis d'imposition</li> <li>Livret de famille régulièrement tenu à jour</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfant à la recherche d'un premier emploi</li> <li>Enfant sous contrat de formation en alternance (contrat d'apprentissage, de professionnalisation...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Notification de décision POLE EMPLOI</li> <li>Photocopie du contrat de travail d'apprentissage,</li> <li>Photocopie du contrat de travail de professionnalisation</li> <li><b>Et dans tous les cas, joindre :</b></li> <li>Photocopie de l'attestation de droits établie par la CPAM (ou par un autre Régime de la Sécurité sociale) de l'enfant, en cours de validité,</li> <li><b>Si le nom est différent de celui du salarié :</b></li> <li>Livret de famille intégral régulièrement tenu à jour</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfant handicapé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Photocopie de l'attestation de droits établie par la CPAM (ou par un autre Régime de la Sécurité sociale) de l'enfant, en cours de validité,</li> <li>Photocopie de la notification de l'allocation "Adulte Handicapé"</li> <li><b>Si le nom est différent de celui du salarié :</b></li> <li>Livret de famille régulièrement tenu à jour</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfant scolarisé, âgé de plus de 18 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Photocopie de l'attestation de droits établie par la CPAM (ou par un autre Régime de la Sécurité sociale) sur laquelle figure l'enfant, en cours de validité,</li> <li>Certificat de scolarité pour l'année scolaire en cours</li> <li><b>Si le nom est différent de celui du salarié :</b></li> <li>Livret de famille régulièrement tenu à jour</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfant étudiant, âgé de moins de 28 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Photocopie de l'attestation de droits établie par le Régime de la Sécurité sociale des Etudiants de l'enfant, en vigueur pour l'année scolaire ,</li> <li>Certificat de scolarité ou la carte d'étudiant de l'année en cours</li> <li><b>Si le nom est différent de celui du salarié :</b></li> <li>Livret de famille régulièrement tenu à jour</li> </ul>

Les informations recueillies font l'objet de traitements informatiques destinés à la passation, la promotion, la gestion, l'exécution des contrats proposés, le suivi des contentieux du groupe ainsi que le respect de nos obligations légales. Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :

SIACI SAINT HONORE – Service juridique – 18 rue de Courcelles 75384 Paris Cedex 08.