

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION OU DE MODIFICATION AU CONTRAT SANTE DE GROUPE

Identification de l’Entreprise

Raison sociale de l’entreprise : PEP 64
Population : Ensemble du Personnel
N° de contrat : CT1013880

Date d’effet :

Date d’entrée
dans l’entreprise :

Adhésion Modification

N° adhérent OCIANE :
(si vous êtes déjà adhérent)

Adhérent (membre participant)

Salarié actif

NOM	Prénom	N° Sécurité sociale	Régime (1)	Centre S.sociale(2)
Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Sexe (H/F) : <input type="text"/>	<input type="text"/>	

ADRESSE :

CP : Ville :
Téléphone : (mobile) e-mail :
 (fixe)

Je choisis de m’abonner gratuitement aux e-relevés de prestations (suivi de vos remboursements santé sur Internet)
et d’être averti(e) par par e-mail OU par SMS Je ne souhaite pas m’abonner

Garanties

GARANTIES DE BASE : ADHESION OBLIGATOIRE

L’adhésion au module de base souscrit par votre employeur, est obligatoire pour **L’ENSEMBLE DES SALARIES ACTIFS.**

Adhésion pour vos ayants droit

L’adhésion de vos ayants droit est obligatoire ou facultative en fonction du régime sélectionné par votre entreprise (renseignez-vous auprès de votre employeur). Pour les faire bénéficier de votre couverture, remplissez les informations demandées dans le tableau ci-après.

Lien de Parenté	NOM	Prénom	N° Sécurité sociale	Régime (1)	Centre S.Sociale(2)	Tarif
Conjoint	Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Sexe (H/F) : <input type="text"/>	<input type="text"/>		1.22% PMSS
1 ^{er} enfant	Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Sexe (H/F) : <input type="text"/>	<input type="text"/>		0.69% PMSS
2 ^e enfant	Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Sexe (H/F) : <input type="text"/>	<input type="text"/>		0.69% PMSS
3 ^e enfant(3)	Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Sexe (H/F) : <input type="text"/>	<input type="text"/>		-

(1) Régime : 01 = Régime général 02 = Régime agricole 03 = Travailleur indépendant ou profession libérale 04 = Autres régimes (RATP, SNCF...)

(2) Centre de Sécurité sociale – ex : CPAM Gironde, MSA Bayonne...

(3) Gratuité à partir du 3^{ème} enfant. Si vous déclarez plus de 3 enfants, veuillez compléter les informations lisiblement sur papier libre.

Raison sociale de l'entreprise : PEP64	CT : CT1013880
Nom de l'adhérent :	Prénom :

GARANTIES SUR-COMPLEMENTAIRES : ADHESION FACULTATIVE

Vous avez également la possibilité d'améliorer votre niveau de couverture en choisissant de souscrire une garantie sur-complémentaire facultative.

Cette cotisation est intégralement à votre charge.

Si vous avez couvert vos ayants droit au module de base, le niveau de la garantie sur-complémentaire que vous choisissez sera la même pour vous et votre famille.

OPTION 1

OPTION 2

	Option 1	Option 2
Salarié	+ 0.32 % PMSS	+ 0.78 % PMSS
Conjoint	+ 0.34 % PMSS	+ 0.86 % PMSS
Enfant	+ 0.19 % PMSS	+ 0.50 % PMSS

Connexion NOEMIE : Si vous n'autorisez pas la télétransmission des informations entre la Sécurité sociale et OCIANE, cochez la case ci-contre.

COTISATIONS : Je désire que ma cotisation soit prélevée :

chaque mois chaque trimestre chaque semestre chaque année

Les prélèvements ont lieu le 5 du mois de chaque période sur le compte bancaire dont les coordonnées figurent ci-dessous.

PRESTATIONS : Je souhaite que les prestations soient virées sur le même compte bancaire (coordonnées ci-dessous) :

Oui
 Non, je joins alors un autre Relevé d'Identité Bancaire du compte qui recevra le versement des prestations.

*cochez la case de votre choix

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez OCIANE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'OCIANE. 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 soit dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé soit sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Le présent mandat est valable jusqu'à l'annulation de votre part auprès d'OCIANE.

COORDONNEES DU DEBITEUR

Nom : Prénom :
Adresse :
.....

COORDONNEES DU CREANCIER

OCIANE
8 terrasse du front du Médoc
33054 BORDEAUX CEDEX
ICS : FR95ZZ460311

COMPTE A DEBITER

IBAN :
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

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

ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

Nom :
Adresse :
.....

Zone réservée à OCIANE

RUM (Référence Unique du Mandat)

Fait à :

Le : | | | | | | | | | |

IMPORTANT : Pensez à joindre votre RIB

Après avoir été informé(e) avant mon adhésion de l'ensemble de mes droits et obligations par la remise des statuts, des conditions générales et particulières du contrat, et du contenu de la garantie souscrite, je déclare en accepter les termes. Je certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sont complets et exacts, toute fausse déclaration entraînera ma radiation automatique de la Mutuelle.

Signature

GUIDE D'ADHESION SALARIE

1 Votre employeur a sélectionné un niveau de garanties de base à destination de ses salariés auquel vous êtes tenus de souscrire obligatoirement (hors cas de dispense légale). L'employeur prend en charge au minimum 50% de la cotisation obligatoire.
Pour adhérer, remplissez les informations vous concernant (coordonnées...).

2 Vous avez la possibilité d'inscrire vos ayants-droit (conjoint, concubin, enfants...) sur le module de base en remplissant les informations concernant votre famille dans le tableau dédié.

Cette adhésion est facultative ou obligatoire en fonction du choix de votre entreprise.

En cas d'adhésion facultative, la cotisation additionnelle sera intégralement à votre charge.

Adhésion pour vos ayants droit

L'adhésion de vos ayants droit est obligatoire ou facultative en fonction du régime sélectionné par votre entreprise. Contactez-vous auprès de votre employeur. Pour les faire bénéficier de votre couverture, remplissez les informations demandées dans le tableau ci-après.

Nom	Prénoms	Sexe	N° de Sécurité sociale	Age	Statut
Conjoint	Date de naissance	Sexe (M/F)	N° de Sécurité sociale	Age	
Concubin	Date de naissance	Sexe (M/F)	N° de Sécurité sociale	Age	
Enfant	Date de naissance	Sexe (M/F)	N° de Sécurité sociale	Age	
Enfant	Date de naissance	Sexe (M/F)	N° de Sécurité sociale	Age	

3 Le cas échéant, vous pouvez également améliorer le niveau de votre protection en souscrivant l'une des 2 options proposées

La cotisation additionnelle sera intégralement à votre charge.

Pour adhérer, cochez le niveau que vous souhaitez souscrire.

A noter : Si vous avez couvert vos ayants droit au module de base, le niveau de la garantie sur-complémentaire que vous choisissez sera la même pour vous et votre famille.

Pièces à joindre à votre bulletin d'adhésion

Adhérent	Photocopie de l'attestation immatriculation sécurité sociale* + RIB du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations+ Mandat de prélèvement SEPA (si souscription à une sur-complémentaire ou ayants droit)
Conjoint/Concubin/PACS	Photocopie de l'attestation immatriculation sécurité sociale*
Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale	Photocopie de l'attestation immatriculation sécurité sociale* justifiant de la qualité d'ayant droit de l'enfant
Enfant de moins de 26 ans, étudiant	Photocopie du certificat de scolarité ou copie de la carte étudiant de l'année en cours Photocopie de l'attestation immatriculation sécurité sociale*
Enfant de moins de 26 ans en contrat d'apprentissage ou formation en alternance	Photocopie du contrat d'apprentissage ou de formation en alternance Photocopie du dernier bulletin de salaire Photocopie de l'attestation immatriculation sécurité sociale*
Enfant de moins de 26 ans demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi, dans la limite de 12 mois.	Photocopie du contrat de scolarité de la dernière année d'étude Photocopie de l'attestation d'inscription à Pôle Emploi Photocopie de l'attestation immatriculation sécurité sociale*
Enfant atteint d'une infirmité l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon la réglementation Ss)	Photocopie de la notification d'invalidité ou décision de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées).
Pour toutes les adhésions facultatives (ayants droit, sur-complémentaires)	Mandat de prélèvement SEPA complété et signé.

* ou à défaut toute information nécessaire pour identifier votre caisse d'Assurance Maladie à remplir sur le Bulletin d'affiliation (Centre de Sécurité sociale / ex : CPAM gironde, MSA Bayonne...)