

## Bulletin individuel d'affiliation ou de modification à un contrat de Prévoyance Collective Frais de santé

### Identification de l'Entreprise

Raison sociale de l'entreprise : ASSO DEPARTEMENTALE DES PEP 64  
N° SIRET : 77563866100469  
N° de contrat : CT1032421  
Code Produit : CCN ANIMAT  
Population couverte : Salariés

Date d'effet :

Date d'entrée dans l'entreprise :

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

Adhésion  Modification

### Adhérent (Membre participant)

NOM	Prénom	N° Sécurité sociale	Régime <sup>(1)</sup>	Centre S.sociale <sup>(2)</sup>
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"/>	<input type="text"/>	

### ADRESSE :

CP :

Téléphone :

(mobile)  
(fixe)

Ville :

E-mail :

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 de base s

Mon employeur a mis en place une garantie santé de groupe au bénéfice des salariés :

Je souhaite adhérer à la garantie de base proposée par mon employeur

L'adhésion du salarié actif est obligatoire.  
L'employeur prend en charge au minimum 50% de la cotisation.

Formule de garanties

BASE

Je souhaite couvrir mes ayants droit.

L'adhésion pour vos ayants droit est obligatoire ou facultative en fonction du régime sélectionné par votre entreprise (renseignez-vous auprès de votre employeur). En cas d'adhésion facultative, la cotisation sera intégralement à votre charge. Pour les faire bénéficier de votre couverture, remplissez les informations demandées dans le tableau ci-après :

Lien de Parenté	NOM	Prénom	N° Sécurité sociale	Centre S.Sociale <sup>(2)</sup>	Connexion NOEMIE <sup>(4)</sup>
Conjoint					<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	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"/>	Régime <sup>(1)</sup> : <input type="radio"/> 01 <input type="radio"/> 02 <input type="radio"/> 03 <input type="radio"/> 04		
1 <sup>er</sup> enfant					<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	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"/>	Régime <sup>(1)</sup> : <input type="radio"/> 01 <input type="radio"/> 02 <input type="radio"/> 03 <input type="radio"/> 04		
2 <sup>e</sup> enfant					<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	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"/>	Régime <sup>(1)</sup> : <input type="radio"/> 01 <input type="radio"/> 02 <input type="radio"/> 03 <input type="radio"/> 04		
3 <sup>e</sup> enfant <sup>(3)</sup>					<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	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"/>	Régime <sup>(1)</sup> : <input type="radio"/> 01 <input type="radio"/> 02 <input type="radio"/> 03 <input type="radio"/> 04		

(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<sup>ème</sup> enfant. Si vous déclarez plus de 3 enfants, veuillez compléter les informations lisiblement sur papier libre.

(4) Précisez si vous autorisez la télétransmission des informations entre la Sécurité sociale et OCIANE

Raison sociale de l'entreprise : ASSO  
DEPARTEMENTALE DES PEP 64

SIRET : 77563866100469

CT : CT1032421

## Garanties optionnelles facultatives

Pour connaître le détail de vos garanties et de votre cotisation, reportez vous aux grilles remises par votre employeur.

**Je bénéficie des garanties de base mises en place au sein de mon entreprise.**

**Je souhaite adhérer aux garanties optionnelles proposées par mon employeur :**

OPTION1\_F  OPTION2\_F

**La cotisation est intégralement à votre charge. Les ayants droit couverts par les garanties de base seront automatiquement affiliés à la garantie optionnelle que vous aurez souscrite.**

L'affiliation pour les garanties optionnelles facultatives doit être effectuée dans les 3 mois suivant l'adhésion de votre entreprise au module de base ou de votre entrée dans l'entreprise.

Elles débiteront alors rétroactivement à la même date d'effet que votre contrat de base.

En dehors de cette période d'affiliation initiale, la souscription ou la modification des garanties optionnelles n'est possible qu'après 12 mois d'assurance : les demandes de modification sont prises en compte au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

## Modalités de paiement et remboursements

**Cotisations :** Ma cotisation sera prélevée le 5 de chaque mois 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

Fait à : .....

Le : 

J	J	M	M	2	0
A	A	A	A	A	A

Signature

**MERCI DE NE PAS AGRAFER LES DOCUMENTS SVP**



## GUIDE D'ADHESION

Pour bénéficier des conseils d'Ociane, appelez le **05 57 81 15 15**

- **Votre employeur a sélectionné un niveau de garanties de base à destination de ses salariés.** Il prend en charge au minimum 50% de la cotisation obligatoire.  
*Pour adhérer, remplissez les informations vous concernant (coordonnées...).*
- **Vous avez la possibilité d'ajouter 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.
- **Vous pouvez également améliorer le niveau de votre protection en souscrivant une garantie optionnelle.**  
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 optionnelle que vous choisissez sera la même pour vous et votre famille.*
- Datez, signez et renvoyez le bulletin complété accompagné des pièces jointes demandées (liste ci-dessous) à l'adresse suivante : **Mutuelle OCIANE – Pôle Entreprises – 35 rue Claude Bonnier – 33054 BORDEAUX CEDEX.**

### Pièces à joindre à votre bulletin individuel d'affiliation :

<b>Adhérent</b>	Photocopie de l'attestation « papier » de la carte Vitale* + RIB du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations+ Mandat de prélèvement SEPA (si souscription à une garantie facultative : option ou ayants droit).
<b>Conjoint/Concubin/PACS</b>	Photocopie de l'attestation « papier » de la carte Vitale.
<b>Enfant à charge de moins de 18 ans de l'adhérent</b>	Photocopie de l'attestation « papier » de la carte Vitale sur laquelle figure l'enfant. <b>Naissance</b> : Extrait d'acte de naissance ou photocopie du livret de famille. <b>Adoption</b> : Photocopie du jugement d'adoption ou certificat de placement préalable dans une famille d'accueil. <i>L'inscription doit se faire dans les 3 mois suivant l'évènement pour bénéficier de la prime d'inscription sous réserve que l'enfant soit désigné comme bénéficiaire du contrat.</i>
<b>Enfant à charge de 18 à 28 ans</b>	Photocopie de l'attestation « papier » de la carte Vitale sur laquelle figure l'enfant* + Certificat de scolarité, ou photocopie du contrat de formation en alternance (contrat d'apprentissage, de qualification...) et/ou une attestation de handicap.
<b>Pour toutes les adhésions facultatives</b>	Mandat de prélèvement SEPA, disponible ci-dessous, 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...)