

Modification de situation : HORS ANI

Souhaitez-vous conserver la surcomplémentaire : OUI NON

Choix de l'adhésion

CADRES* NONCADRES**

Personnes à affilier

Nom : _____ Prénom : _____

N° sécurité sociale : _____ Date de Naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° de tél : _____ E-mail : _____

Nom de votre entreprise : _____ Numéro SIREN : _____

Date d'entrée dans l'entreprise : _____ Nombre d'enfant(s) à charge : _____

Situation familiale : Célibataire Marié(é) Veuf(ve) Divorcé(é) Autre : _____

	Nom et Prénom	Date de naissance	N° sécurité sociale
Conjoint			
Enfant(s)			

Dispositions spécifiques

Pièces à joindre :

- pour les salariés et/ou conjoints : copie de l'attestation de sécurité sociale
- pour les concubins : copie de l'attestation de sécurité sociale et certificat de vie maritale
- pour le pacs : attestation de moins de 3 mois délivrée par le greffe du tribunal d'instance du lieu de naissance ou domicile
- pour les enfants à charge inscrits au régime étudiant : copie de l'attestation de sécurité sociale et certificat de scolarité
- quelle que soit la situation de famille, un RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL pour le paiement des prestations

N.B : L'assuré a le droit de refuser la télétransmission de ses prestations Santé. Dans ce cas, cochez la case ci-contre

N.B : L'assuré a le droit de refuser la télétransmission des prestations Santé de ses enfants affilié(s). Dans ce cas, cochez la case ci-contre

N.B : L'assuré a le droit de refuser la télétransmission des prestations Santé de son conjoint affilié. Dans ce cas, cochez la case ci-contre

* Salariés et assimilés salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.

** Salariés et assimilés salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des non cadres.

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus qui serviront de base à l'affiliation à intervenir et je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité de l'affiliation, conformément au contrat souscrit par l'Entreprise auprès de l'organisme assureur.

Fait à : _____ Le : _____

Nom, Fonction & signature du représentant
de l'entreprise, cachet de l'entreprise :

Signature de l'assuré, précédée de la mention
« lu et approuvé » :