

INDIQUEZ CI-DESSOUS VOTRE (VOS) AYANT(S) DROIT, BENEFICIAIRE(S) DE VOTRE GARANTIE DE COMPLEMENTAIRE SANTE

CONJOINT(E) OU CONCUBIN(E) OU PARTENAIRE PACS

COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE ET JOINDRE LES PHOTOCOPIES DE L'ATTESTATION JOINTE A VOTRE CARTE SESAM VITALE ET DU DOCUMENT OFFICIEL DE CONCUBINAGE OU PACS

.....
Nom Prénom Date de naissance (JJ/MM/AAAA) N° Sécurité sociale

ENFANT (S) A CHARGE ET ASSIMILE (S)

LES ENFANTS JUSQU'A LEUR 21EME ANNIVERSAIRE S'ILS POURSUIVENT DES ETUDES SANS BENEFICIER D'UN REGIME ETUDIANT DE SECURITE SOCIALE, OU LES ENFANTS EN PREMIER APPRENTISSAGE OU EXERÇANT UNE ACTIVITE PROFESSIONNELLE LEUR PROCURANT UN REVENU INFERIEUR A 55% DU SMIC, AGES DE MOINS DE 21 ANS VIVANT SOUS LE MEME TOIT QUE L'ASSURE

LES ENFANTS JUSQU'A LEUR 26EME ANNIVERSAIRE S'ILS POURSUIVENT DES ETUDES ET SONT AFFILIES A UN REGIME ETUDIANT DE SECURITE SOCIALE

LES ENFANTS SANS LIMITATION D'AGE S'ILS BENEFICIENT DE L'ALLOCATION AUX HANDICAPES ADULTES VERSEE PAR LES CAISSES D'ALLOCATIONS FAMILIALES

D'UNE MANIERE GENERALE, TOUTE PERSONNE A LA CHARGE EFFECTIVE ET PERMANENTE DU MEMBRE PARTICIPANT, VIVANT SOUS LE MEME TOIT ET AYANT LA QUALITE D'AYANT DROIT AU TITRE DU REGIME OBLIGATOIRE DU MEMBRE PARTICIPANT

POUR CHAQUE SITUATION, JOINDRE UN JUSTIFICATIF : CERTIFICAT DE SCOLARITE OU CARTE D'ETUDIANT OU CONTRAT D'APPRENTISSAGE (PHOTOCOPIE DE L'AVIS D'IMPOT SUR LE REVENU) OU JUSTIFICATIF DE L'ALLOCATION ADULTE HANDICAPE. JOINDRE POUR CHAQUE ENFANT IMMATRICULE LA PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION JOINTE A LA CARTE SESAM VITALE.

.....
Sexe : (F / M) Nom Prénom Date de naissance (JJ/MM/AAAA) N° Sécurité sociale (*)

.....
Sexe : (F / M) Nom Prénom Date de naissance (JJ/MM/AAAA) N° Sécurité sociale (*)

.....
Sexe : (F / M) Nom Prénom Date de naissance (JJ/MM/AAAA) N° Sécurité sociale (*)

.....
Sexe : (F / M) Nom Prénom Date de naissance (JJ/MM/AAAA) N° Sécurité sociale (*)

.....
Sexe : (F / M) Nom Prénom Date de naissance (JJ/MM/AAAA) N° Sécurité sociale (*)

.....
Sexe : (F / M) Nom Prénom Date de naissance (JJ/MM/AAAA) N° Sécurité sociale (*)

(*) Indiquez le numéro d'immatriculation « propre ou de rattachement » sous lequel est identifiée la personne auprès de la Sécurité sociale.

Reportez vous à votre Notice d'information pour connaître les conditions particulières et la définition des ayants droit bénéficiaires de votre garantie.

IMPORTANT

AVANT DE RETOURNER VOTRE FICHE D'ADHESION A VOTRE CORRESPONDANT DU PERSONNEL, VERIFIEZ

- Que votre envoi comprend la photocopie de l'attestation jointe à votre carte Sesam Vitale, ainsi que celle de chaque ayant droit immatriculé à titre personnel, c'est à dire remboursé sous son propre numéro d'immatriculation auprès de la Sécurité sociale,
- Que les justificatifs de situation de vos ayants droit sont bien joints à votre fiche d'adhésion,
- Que votre envoi comprend un relevé d'identité bancaire (RIB), pour le virement de vos remboursements,
- Que votre fiche est complètement remplie et signée.

CADRE RESERVE A VOTRE EMPLOYEUR

DATE D'EFFET :

CACHET DE L'ENTREPRISE :

RETOURNEZ VOTRE FICHE D'ADHESION COMPLETEE ET SIGNEE, ACCOMPAGNEE DE TOUS LES JUSTIFICATIFS A VOTRE SERVICE DU PERSONNEL