

Bulletin individuel d'adhésion

Assurances Collectives Santé Entreprise

réinventons / notre métier

À compléter par l'employeur

CACHET DE L'ENTREPRISE

Numéro du contrat :

Raison sociale :

N° Siret :

Date d'entrée dans l'entreprise :

Date d'adhésion du salarié au contrat :

☐ Adhésion nouvelle ☐ Modification d'une adhésion en cours

À compléter par l'adhérent

Nom : Prénom : Date de naissance :

Nom de jeune fille :

Adresse :

Code postal : Ville :

☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf/Veuve ☐ Divorcé(e) ☐ Concubin(e) ☐ Lié(e) par un P.A.C.S.

N° de Sécurité sociale :

Statut : ☐ Cadre ☐ Agent de maîtrise ☐ Employé ☐ Ouvrier ☐ Autre Depuis le :

Documents à joindre obligatoirement par l'adhérent

- une photocopie de votre attestation d'assurance maladie (en cours de validité) délivrée avec votre carte Vitale par la Sécurité sociale,
- votre relevé d'identité bancaire, postal ou Caisse d'Épargne.

MEMBRES DE LA FAMILLE BÉNÉFICIAIRES DU CONTRAT FRAIS DE SANTÉ

Nom	Prénom	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale sous lequel sont effectués les remboursements
Conjoint/Concubin(e) ou lié(e) par un P.A.C.S.*			Autre régime complémentaire santé ? Oui Non
Enfants à charge			

Documents à joindre obligatoirement pour les bénéficiaires

- une photocopie de l'attestation d'assurance maladie (en cours de validité) délivrée avec la carte Vitale où figurent les bénéficiaires désignés ci-dessus,
- * pour le concubin : un justificatif de domicile commun,
- * pour le P.A.C.S. : une photocopie du Pacte civil de solidarité,
- pour les enfants majeurs (étudiants, formation en alternance, etc.) les documents justifiant de leur situation (photocopie de l'attestation de la Sécurité sociale des étudiants, photocopie du contrat de travail),
- pour les enfants handicapés, une copie de leur carte d'invalidité civil et un justificatif du versement de l'allocation pour adultes handicapés.

Législation relative au traitement des données à caractère personnel

Je reconnais avoir été informé(e), conformément à l'Article 32 de la Loi du 6 janvier 1978 modifiée, du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus pour la validité de mon adhésion au contrat collectif. Mon contrat est établi sans sélection médicale. J'autorise l'assureur, responsable de la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance à collecter et à traiter ces données ainsi que celles qu'il pourrait ultérieurement recevoir dans le cadre de la gestion de ce contrat y compris les données dites de santé, et à communiquer ces données à ses intermédiaires d'assurances, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants, si cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution de ce contrat ou des autres contrats souscrits auprès de lui ou des autres sociétés de son groupe, à établir les liaisons informatisées avec ma caisse primaire d'assurance maladie. En particulier, il est précisé que les données vous concernant sont accessibles par un sous-traitant de l'assureur, situé tant en France qu'aux Etats-Unis et adhérent au Safe Harbor (accord qui régit les principes de protection des données personnelles).

Je dispose d'un libre accès et de rectification auprès de AXA France – Service Relations Clientèle – Assurances Collectives – 313 Terrasses de l'Arche 92727 NANTERRE Cedex, pour toute information me concernant. Je reconnais être informé(e) que les données recueillies par l'assureur lors de l'adhésion et des actes de gestion peuvent être utilisées par les entités du Groupe AXA à des fins de prospection commerciale auxquelles je peux m'opposer en cochant la case ci-contre ☐.

Fait à , le

Signature de l'adhérent précédée de la mention « lu et approuvé »

Cachet de l'interlocuteur assureur

Bulletin individuel d'adhésion

Assurances Collectives Santé Entreprise

réinventons / notre métier



À compléter par l'employeur

CACHET DE L'ENTREPRISE

Numéro du contrat :

Raison sociale :

N° Siret :

Date d'entrée dans l'entreprise :

Date d'adhésion du salarié au contrat :

☐ Adhésion nouvelle ☐ Modification d'une adhésion en cours

À compléter par l'adhérent

Nom : Prénom : Date de naissance :

Nom de jeune fille :

Adresse :

Code postal : Ville :

☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf/Veuve ☐ Divorcé(e) ☐ Concubin(e) ☐ Lié(e) par un P.A.C.S.

N° de Sécurité sociale :

Statut : ☐ Cadre ☐ Agent de maîtrise ☐ Employé ☐ Ouvrier ☐ Autre Depuis le :

Documents à joindre obligatoirement par l'adhérent

- une photocopie de votre attestation d'assurance maladie (en cours de validité) délivrée avec votre carte Vitale par la Sécurité sociale,
- votre relevé d'identité bancaire, postal ou Caisse d'Épargne.

MEMBRES DE LA FAMILLE BÉNÉFICIAIRES DU CONTRAT FRAIS DE SANTÉ

Nom	Prénom	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale sous lequel sont effectués les remboursements
Conjoint/Concubin(e) ou lié(e) par un P.A.C.S.*			Autre régime complémentaire santé ? Oui Non
Enfants à charge			

Documents à joindre obligatoirement pour les bénéficiaires

- une photocopie de l'attestation d'assurance maladie (en cours de validité) délivrée avec la carte Vitale où figurent les bénéficiaires désignés ci-dessus,
- * pour le concubin : un justificatif de domicile commun,
- * pour le P.A.C.S. : une photocopie du Pacte civil de solidarité,
- pour les enfants majeurs (étudiants, formation en alternance, etc.) les documents justifiant de leur situation (photocopie de l'attestation de la Sécurité sociale des étudiants, photocopie du contrat de travail),
- pour les enfants handicapés, une copie de leur carte d'invalidité civil et un justificatif du versement de l'allocation pour adultes handicapés.

Législation relative au traitement des données à caractère personnel

Je reconnais avoir été informé(e), conformément à l'Article 32 de la Loi du 6 janvier 1978 modifiée, du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus pour la validité de mon adhésion au contrat collectif. Mon contrat est établi sans sélection médicale. J'autorise l'assureur, responsable de la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance à collecter et à traiter ces données ainsi que celles qu'il pourrait ultérieurement recevoir dans le cadre de la gestion de ce contrat y compris les données dites de santé, et à communiquer ces données à ses intermédiaires d'assurances, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants, si cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution de ce contrat ou des autres contrats souscrits auprès de lui ou des autres sociétés de son groupe, à établir les liaisons informatisées avec ma caisse primaire d'assurance maladie. En particulier, il est précisé que les données vous concernant sont accessibles par un sous-traitant de l'assureur, situé tant en France qu'aux Etats-Unis et adhérent au Safe Harbor (accord qui régit les principes de protection des données personnelles).

Je dispose d'un libre accès et de rectification auprès de AXA France – Service Relations Clientèle – Assurances Collectives – 313 Terrasses de l'Arche 92727 NANTERRE Cedex, pour toute information me concernant. Je reconnais être informé(e) que les données recueillies par l'assureur lors de l'adhésion et des actes de gestion peuvent être utilisées par les entités du Groupe AXA à des fins de prospection commerciale auxquelles je peux m'opposer en cochant la case ci-contre ☐.

Fait à , le

Signature de l'adhérent précédée de la mention « lu et approuvé »

Cachet de l'interlocuteur assureur

Bulletin individuel d'adhésion

Assurances Collectives Santé Entreprise

réinventons / notre métier



À compléter par l'employeur

CACHET DE L'ENTREPRISE

Numéro du contrat :

Raison sociale :

N° Siret :

Date d'entrée dans l'entreprise :

Date d'adhésion du salarié au contrat :

☐ Adhésion nouvelle ☐ Modification d'une adhésion en cours

À compléter par l'adhérent

Nom : Prénom : Date de naissance :

Nom de jeune fille :

Adresse :

Code postal : Ville :

☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf/Veuve ☐ Divorcé(e) ☐ Concubin(e) ☐ Lié(e) par un P.A.C.S.

N° de Sécurité sociale :

Statut : ☐ Cadre ☐ Agent de maîtrise ☐ Employé ☐ Ouvrier ☐ Autre Depuis le :

Documents à joindre obligatoirement par l'adhérent

- une photocopie de votre attestation d'assurance maladie (en cours de validité) délivrée avec votre carte Vitale par la Sécurité sociale,
- votre relevé d'identité bancaire, postal ou Caisse d'Épargne.

MEMBRES DE LA FAMILLE BÉNÉFICIAIRES DU CONTRAT FRAIS DE SANTÉ

Nom	Prénom	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale sous lequel sont effectués les remboursements
Conjoint/Concubin(e) ou lié(e) par un P.A.C.S.*			Autre régime complémentaire santé ? Oui Non
Enfants à charge			

Documents à joindre obligatoirement pour les bénéficiaires

- une photocopie de l'attestation d'assurance maladie (en cours de validité) délivrée avec la carte Vitale où figurent les bénéficiaires désignés ci-dessus,
- * pour le concubin : un justificatif de domicile commun,
- * pour le P.A.C.S. : une photocopie du Pacte civil de solidarité,
- pour les enfants majeurs (étudiants, formation en alternance, etc.) les documents justifiant de leur situation (photocopie de l'attestation de la Sécurité sociale des étudiants, photocopie du contrat de travail),
- pour les enfants handicapés, une copie de leur carte d'invalidité civil et un justificatif du versement de l'allocation pour adultes handicapés.

Législation relative au traitement des données à caractère personnel

Je reconnais avoir été informé(e), conformément à l'Article 32 de la Loi du 6 janvier 1978 modifiée, du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus pour la validité de mon adhésion au contrat collectif. Mon contrat est établi sans sélection médicale. J'autorise l'assureur, responsable de la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance à collecter et à traiter ces données ainsi que celles qu'il pourrait ultérieurement recevoir dans le cadre de la gestion de ce contrat y compris les données dites de santé, et à communiquer ces données à ses intermédiaires d'assurances, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants, si cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution de ce contrat ou des autres contrats souscrits auprès de lui ou des autres sociétés de son groupe, à établir les liaisons informatisées avec ma caisse primaire d'assurance maladie. En particulier, il est précisé que les données vous concernant sont accessibles par un sous-traitant de l'assureur, situé tant en France qu'aux Etats-Unis et adhérent au Safe Harbor (accord qui régit les principes de protection des données personnelles).

Je dispose d'un libre accès et de rectification auprès de AXA France – Service Relations Clientèle – Assurances Collectives – 313 Terrasses de l'Arche 92727 NANTERRE Cedex, pour toute information me concernant. Je reconnais être informé(e) que les données recueillies par l'assureur lors de l'adhésion et des actes de gestion peuvent être utilisées par les entités du Groupe AXA à des fins de prospection commerciale auxquelles je peux m'opposer en cochant la case ci-contre ☐.

Fait à , le

Signature de l'adhérent précédée de la mention « lu et approuvé »

Cachet de l'interlocuteur assureur