

## Bulletin Individuel d'Affiliation Non Cadre

### Régime collectif et obligatoire : BASE COLLECTIVE ET OBLIGATOIRE

Souhaitez-vous souscrire à l'option :  OUI  NON

### Choix de l'adhésion

Isolé  Famille

### Personnes à affilier

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Date de Naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

N° de tél : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

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
- un mandat sepa en cas de souscription à l'option

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

*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 » :