

## Bulletin Individuel d’Affiliation

### Salarié relevant des Art. 4, 4BIS et 36 de la CCN du 14 mars 1947

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

#### 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

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 » :