malakoff médéric

MOBILITÉ DÉTACHÉS SANTÉ

Cachet du conseiller en assurance

Bulletin individuel d'affiliation

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

ÉTAT CIVIL : ❑ Monsieur ❑ Madame

NOM D'USAGE ..... NOM DE FAMILLE .....

PRÉNOM(S) ..... NÉ(E) LE |_|_|_|_|_|_|_|_|

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ADRESSE .....

VILLE ..... CODE POSTAL |_|_|_|_|_|

TÉLÉPHONE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| TÉLÉPHONE CONJOINT |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-MAIL ..... @ .....

Date d'entrée dans l'entreprise : |_|_|_|_|_|_|_|_| Catégorie socio-professionnelle : ❑ cadre ❑ non cadre

Situation de famille : ❑ Célibataire ❑ Veuf(ve) ❑ Divorcé(e) ❑ Séparé(e) de corps judiciairement
❑ Concubin(e) ❑ Partenaire de PACS ❑ Marié(e)

Nombre d'enfant(s) à charge : .....

COUVERTURE DE VOS AYANTS DROIT

❑ Je souhaite faire adhérer mes ayants droits (Cochez la case)

DANS CE CAS REMPLIR LE QUESTIONNAIRE AU VERSO pour les personnes concernées

Cochez les cases suivantes

❑ **J'ai bien noté que l'assureur peut soumettre mon affiliation au contrat à des formalités médicales préalables. Dans ce cas, je choisis d'accomplir ces formalités :**

- ❑ Au moyen de la « déclaration relative à l'état de santé de la personne à assurer » et/ou du « questionnaire relatif à l'état de santé de la personne à assurer » fournis par l'assureur à retourner sous pli confidentiel au médecin-conseil de l'assureur
- ❑ Par téléphone, par l'intermédiaire d'une plate-forme médicale sécurisée

❑ **Je certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées au présent bulletin individuel d'affiliation et j'ai bien noté que toute réticence ou fausse déclaration entraîne les sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.**

❑ **Je déclare avoir reçu un exemplaire de la notice d'information du contrat.**

Fait à ..... le |_|_|_|_|_|_|_|_| Signature :

PARTIE À REMPLIR PAR L'ENTREPRISE

Nom de l'entreprise : .....

Numéro du contrat santé : .....

Depuis le : |_|_|_|_|_|_|_|_|, le membre de l'effectif assurable appartient à la catégorie bénéficiaire définie au contrat.

Le membre de l'effectif assurable est détaché en (indiquer le pays) .....

du |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_|

Situation(s) Particulière(s) : (Cochez les cases utiles)

Depuis le : |_|_|_|_|_|_|_|_|, le membre de l'effectif assurable est :

❑ Mandataire social *(sans contrat de travail relevant du régime général au sens de l'article L311-3 du Code de sécurité sociale et dûment autorisé par les organes de l'entreprise en charge de la fixation de votre rémunération)*

❑ En cumul Emploi-Retraite

Signature et cachet de l'entreprise

Fait à ..... le |_|_|_|_|_|_|_|_|

POUR BÉNÉFICIER DES GARANTIES DU CONTRAT, LES PERSONNES CI-APRÈS DOIVENT AVOIR LA QUALITÉ D'AYANT DROIT AU SENS DU CONTRAT ET LES COTISATIONS LES CONCERNANT DOIVENT ÊTRE RÉGLÉES

Le conjoint, le partenaire de PACS ou le concubin au sens du contrat.

NOM D'USAGE ..... NOM DE FAMILLE .....

PRÉNOM(S) ..... NÉ(E) LE |_|_|_|_|_|_|

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| RÉGIME (1) .....

Est-il couvert par une autre mutuelle ? ❑ oui ❑ non

Est-il couvert par la CMU-C ? ❑ oui ❑ non CMU ACS ? ❑ oui ❑ non

Les enfants à charge au sens du contrat

Nom de famille	Prénoms	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale	Régime (1)	L'enfant est-il couvert par :					
					Autre mutuelle		La CMU C		La CMU ACS	
					Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
			|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|						
			|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|						
			|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|						
			|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|						
			|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|						

(1) *Régime : général, local, étudiant*

Cocher les cases suivantes

❑ **Je joins, selon les cas, au présent document :**

- **pour mon partenaire de PACS : une copie du PACS,**
- **pour mon (ma) concubin(e) : tout document attestant de la situation de concubinage,**
- **pour mes enfants de plus de 21 ans et de moins de 28 ans, un certificat de scolarité et une copie de mon avis d'imposition,**
- **une copie de l'attestation vitale actualisée de mes ayants droit si elle est différente de la mienne,**
- **le cas échéant, un mandat SEPA fourni séparément,**
- **un RIB.**

❑ **Je certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées ci-avant et j'ai bien noté que toute réticence ou fausse déclaration entraîne les sanctions prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances.**

Fait à ..... le |_|_|_|_|_|_| Signature :

Conformément à la loi N° 78.17 du 6 janvier 1978, vous êtes habilité à demander la communication, la rectification ou la suppression des informations vous concernant qui figureraient sur des fichiers à l'usage de QUATREM, en écrivant au Service Clients QUATREM, 59-61 rue La Fayette - BP 460 09 - 75423 PARIS Cedex 09.