



Bulletin individuel d'affiliation

**Contrat collectif - ensemble du personnel
Garantie obligatoire et facultative
Famille au sens Sécurité sociale (SS)**

**Convention collective nationale métropolitaine des entreprises
de la maintenance, distribution et location de matériels agricoles,
de travaux publics, de bâtiments, de manutention,
de motoculture de plaisance, et activités connexes dite S.D.L.M**

(Tous les champs marqués par un astérisque sont obligatoires et à compléter par vos soins de façon manuscrite, lisible et sans rature.)

Ne rien inscrire dans ces cadres

L'entreprise (à remplir par l'employeur)

* **Demande d'affiliation - date d'effet** | | | | | | | | | |

OU

* **Demande de changement de situation et/ou de catégorie - date d'effet** | | | | | | | | | |

* RAISON SOCIALE

ÉTABLISSEMENT

* N° SIREN | | | | | | | | | | N° SIRET | | | | | | | | | |

N° CONTRAT **M** | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | | - | |

* INTERLOCUTEUR DANS L'ENTREPRISE * FONCTION

* TÉLÉPHONE | | | | | | | | | | * COURRIEL @

Vous (à remplir par le salarié)

* NOM DE FAMILLE (de naissance) * PRÉNOM

* NOM D'USAGE (d'époux)

* NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE | | | | | | | | | | | | | | * DATE DE NAISSANCE | | | | | | | | | |

* ADRESSE

* CODE POSTAL | | | | | | | | | | * VILLE

TÉL. DOMICILE | | | | | | | | | | MOBILE | | | | | | | | | |

COURRIEL @

* VOUS ÊTES SUSCEPTIBLE DE BÉNÉFICIER DU DEGRÉ ÉLEVÉ DE SOLIDARITÉ SI :

vous êtes en contrat de professionnalisation et d'apprentissage

* CATÉGORIE DE PERSONNEL (à compléter à l'aide de votre employeur si nécessaire)

Personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947

Personnel relevant de l'article 36 de l'annexe 1 à la CCN du 14 mars 1947

Personnel ne relevant pas de la CCN du 14 mars 1947

Apprenti ou contrat de professionnalisation Autre (à préciser)

* RÉGIME DE LA SÉCURITÉ SOCIALE GÉNÉRAL ALSACE MOSELLE

Si vous souhaitez affilier votre conjoint non à charge au sens SS (au même niveau de garanties), cocher la case ci-dessous correspondant à votre choix :

Demande d'extension pour mon conjoint non à charge au sens SS :

- CONJOINT non à charge au sens SS Base : + 47,66 € (régime général) ou + 33,36 € (régime Alsace Moselle)
- CONJOINT non à charge au sens SS surcomplémentaire 1 : + 51,11 € (régime général) ou + 35,78 € (régime Alsace Moselle)
- CONJOINT non à charge au sens SS surcomplémentaire 2 : + 54,63 € (régime général) ou + 38,24 € (régime Alsace Moselle)

Les prix des surcomplémentaires 1 et 2 incluent le prix du niveau base

En fonction du choix fait par votre entreprise, en tant que salarié vous pouvez améliorer vos garanties en choisissant le niveau surcomplémentaire 1 ou 2 en cochant les cases ci-dessous correspondant à votre choix :

Dans le cas où votre entreprise a mis en place le régime de base famille au sens de la Sécurité sociale :

Demande d'amélioration au niveau surcomplémentaire 1 ou surcomplémentaire 2 :

- FAMILLE au sens SS surcomplémentaire 1 : + 4,11 € (régime général) ou + 2,88 € (régime Alsace Moselle)
- FAMILLE au sens SS surcomplémentaire 2 : + 8,29 € (régime général) ou + 5,80 € (régime Alsace Moselle)

Dans le cas où votre entreprise a mis en place le régime surcomplémentaire 1 famille au sens de la Sécurité sociale :

Demande d'amélioration au niveau surcomplémentaire 2 :

- FAMILLE au sens SS surcomplémentaire 2 : + 4,30 € (régime général) ou + 3,01 € (régime Alsace Moselle)

Mode de paiement pour l'extension conjoint non à charge au sens SS et le régime surcomplémentaire 1 ou 2

PRÉLÈVEMENT MENSUEL

Pièces à joindre

- Un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement de vos prestations (N.B. : Il ne peut être enregistré qu'un seul RIB par famille).
- Un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé pour le règlement des cotisations facultatives par prélèvement.

* Fait à * le,

* Signature de l'employeur

* Qualité du signataire

* cachet de l'entreprise

Garantie Frais de santé

Inscrivez vos ayants droit :

Nom	Prénom	Lien de parenté	N° Sécurité sociale	Date de naissance	Rang de naissance
.....
.....
.....
.....
.....

IMPORTANT

Souhaitez-vous bénéficier du système Noémie ? OUI NON

Votre conjoint, la personne avec laquelle vous avez conclu un pacte civil de solidarité ou votre concubin est-il déjà affilié à un contrat frais de santé par un autre organisme assureur ? OUI NON

Dans l'affirmative, ou sans réponse de votre part, nous considérerons que votre conjoint(e) continuera à être affilié(e) à son contrat frais de santé ainsi que les personnes inscrites sur sa carte Vitale. Ceux-ci ne figureront donc pas sur votre carte mutuelle Malakoff Médéric, ne bénéficieront pas du système Noémie (télétransmission des décomptes), ni du tiers payant généralisé Viamedis par votre intermédiaire. Ils ont cependant le droit à un remboursement complémentaire en nous adressant les justificatifs originaux.

En cas de radiation des effectifs de votre entreprise vous devez nous renvoyer sans délai votre carte de tiers payant.

L'OUVRANT DROIT DÉSIGNÉ AU RECTO	PIÈCES À JOINDRE
Vous-même	<ul style="list-style-type: none"> La photocopie de l'attestation carte Vitale délivrée par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) Un relevé d'identité bancaire ou postal
LES AYANTS DROIT	PIÈCES À JOINDRE
Votre conjoint, votre concubin ou la personne avec qui vous avez conclu un pacte civil de solidarité qui figure sur votre attestation carte Vitale	<ul style="list-style-type: none"> Aucune
Votre conjoint ne figurant pas sur votre attestation carte Vitale	<ul style="list-style-type: none"> La photocopie de l'attestation carte Vitale délivrée par la caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM) justifiant son immatriculation personnelle à la Sécurité sociale
Votre concubin ne figurant pas sur votre attestation carte Vitale	<ul style="list-style-type: none"> La photocopie de l'attestation carte Vitale délivrée par la caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM) justifiant son immatriculation personnelle à la Sécurité sociale L'attestation de vie maritale ou déclaration de vie commune
La personne avec qui vous avez conclu un pacte civil de solidarité célibataire, divorcé(e), veuf(ve) ne figurant pas sur votre attestation carte Vitale	<ul style="list-style-type: none"> La photocopie de l'attestation carte Vitale délivrée par la caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM) justifiant son immatriculation personnelle à la Sécurité sociale La photocopie du Pacs
Les enfants de moins de 21 ans mentionnés sur l'attestation carte Vitale des parents	<ul style="list-style-type: none"> Aucune
Les enfants de moins de 21 ans, immatriculés à titre personnel à la Sécurité sociale, ne percevant pas des revenus supérieurs à 55 % du SMIC brut annuel	<ul style="list-style-type: none"> Un certificat de scolarité de l'année en cours, à renouveler chaque année La photocopie du contrat d'apprentissage ou d'alternance ou de qualification mentionnant le montant des revenus
Les enfants étudiants non salariés de plus de 21 ans et de moins de 28 ans	<ul style="list-style-type: none"> La photocopie de l'attestation carte Vitale justifiant son immatriculation au régime étudiant Un certificat de scolarité de l'année en cours
Les enfants étudiants de plus de 21 ans et de moins de 28 ans ne percevant pas des revenus supérieurs à 55 % du SMIC brut annuel	<ul style="list-style-type: none"> La photocopie de l'attestation carte Vitale justifiant son immatriculation au régime étudiant Un certificat de scolarité de l'année en cours La photocopie du contrat formation ou des justificatifs de revenus
L'enfant handicapé de moins de 28 ans ne percevant pas des revenus supérieurs à 55 % du SMIC brut annuel	<ul style="list-style-type: none"> Une copie du document lui accordant l'allocation d'éducation pour enfant handicapé ou l'allocation aux adultes handicapés

* Fait à, * le

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

Les informations figurant sur ce document sont indispensables pour l'établissement et la gestion de votre dossier.

Sauf opposition écrite de votre part, ces informations peuvent être communiquées aux organismes de retraite ou d'assurance du groupe Malakoff Médéric ainsi qu'à leurs filiales et partenaires aux fins de vous informer de leur offre de produits et services. Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et, le cas échéant, de suppression de toute information vous concernant figurant dans nos fichiers, en vous adressant à : sgil.assurance@malakoffmederic.com ou à Malakoff Médéric - Pôle Informatique et Libertés Assurance - 21 rue Laffitte - 75317 Paris Cedex 9