

**GARANTIE
FRAIS DE SANTÉ**

NE RIEN INSCRIRE DANS CES CADRES

Bulletin individuel d'affiliation

Contrat(s) collectif(s) – garantie(s) facultative(s)

Extension ayants droit et/ou surcomplémentaire

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

L'entreprise (à remplir par l'employeur)

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

ou

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

*RAISON SOCIALE

ÉTABLISSEMENT

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

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

*INTERLOCUTEUR DE L'ENTREPRISE *FONCTION

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

Vous

*NOM DE FAMILLE (de naissance) *PRÉNOM

*NOM D'USAGE (d'époux)

*N° DE SÉCURITÉ SOCIALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | *DATE DE NAISSANCE | | | | | | | | | |

*ADRESSE

*CODE POSTAL | | | | | | *VILLE

TÉLÉPHONE DOMICILE | | | | | | | | | | | | | | | | | | MOBILE | | | | | | | | | |

COURRIEL @

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

Ensemble du personnel

Personnel relevant de l'article 4 ou 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

REGIME DE LA SECURITE SOCIALE GENERAL ALSACE MOSELLE

1. Votre entreprise à souscrit au régime de frais de santé obligatoire : « base conventionnelle » :

Extension ayants droit :

Je souhaite affilier :

MON / MES ENFANT(S)

MON CONJOINT

Vos ayants droit bénéficient du même niveau de garantie que le vôtre.

Structure de cotisation	Extension « base conventionnelle » Montant des cotisations facultatives mensuelles	
	<input type="checkbox"/> Régime général	<input type="checkbox"/> Régime Alsace Moselle
Conjoint (partenaire lié par un pacs ou concubin)	1,06 % PMSS ⁽¹⁾	0,54 % PMSS ⁽¹⁾
Enfant(s) (gratuit à compter du 3 ^{ème} enfant)	0,53 % PMSS ⁽¹⁾	0,27 % PMSS ⁽¹⁾

⁽¹⁾ A titre indicatif pour l'exercice civil 2015 le PMSS est de 3170 €

Demande d'affiliation à la garantie surcomplémentaire (cotisations additionnelles au régime de base)

La structure de cotisation de la garantie surcomplémentaire est strictement identique à celle du régime de base (en cas d'affiliation à la garantie surcomplémentaire, celle-ci s'appliquera à l'ensemble des bénéficiaires du contrat de base obligatoire et éventuellement du contrat de base facultatif extension ayants droit).

	Montant des cotisations facultatives mensuelles Régime général ou Régime Alsace Moselle	
	<input type="checkbox"/> Surcomplémentaire 1	<input type="checkbox"/> Surcomplémentaire 2
<input type="checkbox"/> Assuré seul	+ 0,81 % PMSS ⁽¹⁾	+ 1,20 % PMSS ⁽¹⁾
<input type="checkbox"/> Conjoint	+ 0,81 % PMSS ⁽¹⁾	+ 1,20 % PMSS ⁽¹⁾
<input type="checkbox"/> Par enfant (gratuité dès le 3 ^{ème} enfant)	+ 0,37 % PMSS ⁽¹⁾	+ 0,55 % PMSS ⁽¹⁾

2. Votre entreprise à souscrit au régime de frais de santé obligatoire : « base + option 1 » :

Extension ayants droit :

Je souhaite affilier :

MON / MES ENFANT(S)

MON CONJOINT

Vos ayants droit bénéficient du même niveau de garantie que le vôtre.

Structure de cotisation	Extension « base + Surcomplémentaire 1 » Montant des cotisations facultatives mensuelles	
	<input type="checkbox"/> Régime général	<input type="checkbox"/> Régime Alsace Moselle
Conjoint (partenaire lié par un pacs ou concubin)	1,79 % PMSS ⁽¹⁾	1,27 % PMSS ⁽¹⁾
Enfant(s) (gratuit à compter du 3 ^{ème} enfant)	0,87 % PMSS ⁽¹⁾	0,61 % PMSS ⁽¹⁾

Demande d'affiliation à la garantie surcomplémentaire (cotisations additionnelles au régime base + surcomplémentaire 1)

La structure de cotisation de la garantie surcomplémentaire est strictement identique à celle du régime de base (en cas d'affiliation à la garantie surcomplémentaire, celle-ci s'appliquera à l'ensemble des bénéficiaires du contrat de base obligatoire et éventuellement du contrat de base facultatif extension ayants droit).

	Montant des cotisations facultatives mensuelles Régime général ou Régime Alsace Moselle	
	<input type="checkbox"/> Surcomplémentaire 2	
<input type="checkbox"/> Assuré seul	+ 0,39 % PMSS ⁽¹⁾	
<input type="checkbox"/> Conjoint	+0,39 % PMSS ⁽¹⁾	
<input type="checkbox"/> Par enfant (gratuité dès le 3 ^{ème} enfant)	+ 0,18 % PMSS ⁽¹⁾	

⁽¹⁾ A titre indicatif pour l'exercice civil 2015 le PMSS est de 3170 €

3. Votre entreprise à souscrit au régime de frais de santé obligatoire : « base + option 2 » :

Extension ayants droit :

Je souhaite affilier :

MON / MES ENFANT(S)

MON CONJOINT

Vos ayants droit bénéficient du même niveau de garantie que le vôtre.

Structure de cotisation	Extension « base + Surcomplémentaire 2 » Montant des cotisations facultatives mensuelles	
	<input type="checkbox"/> Régime général	<input type="checkbox"/> Régime Alsace Moselle
Conjoint (partenaire lié par un pacs ou concubin)	2,14 % PMSS ⁽¹⁾	1,62 % PMSS ⁽¹⁾
Enfant(s) (gratuit à compter du 3 ^{ème} enfant)	1,03 % PMSS ⁽¹⁾	0,77 % PMSS ⁽¹⁾

⁽¹⁾ A titre indicatif pour l'exercice civil 2015 le PMSS est de 3170 €

*Mode de paiement (pour l'extension famille et l'offre surcomplémentaire)

PRÉLÈVEMENT MENSUEL

PRÉLÈVEMENT TRIMESTRIEL

Pièces à joindre

- Un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement de vos prestations (NB. 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, |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

*cachet de l'entreprise

*Signature de l'employeur

*Qualité du signataire

Document à retourner Malakoff Médéric Pôle Affiliations TSA 20536 - 75426 Paris cedex 09

Garantie Frais de santé : Inscrivez vos ayants droit

Nom	Prénom	Lien de parenté	N° de 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	● Aucune
Votre conjoint ne figurant pas sur votre attestation carte Vitale	● 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	● 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	<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	<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	● Une copie du document lui accordant l'allocation d'éducation pour enfant handicapé ou l'allocation aux adultes handicapés

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@malakoffmederic.com ou à Malakoff Médéric - Pôle Informatique et Libertés - 21 rue Laffitte - 75317 Paris Cedex

*Fait à*le, ||| ||| |||

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