ARPEGE PRÉVOYANCE
GROUPE RÉUNICA
143 avenue Aristide Briand
BP 2439
68067 MULHOUSE CEDEX
Téléphone : 03 89 56 87 93
Fax : 03 69 20 13 34
E-mail : adafprev68@reunica.com

# BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION A LA GARANTIE MALADIE

❑ Première inscription dans la catégorie ❑ Modification

Raison Sociale de l'Employeur : .....

Adresse : .....

..... Code Adhérent : .....

Tel : ..... Code population : .....

## ASSURE

**Nom & Prénom :** ..... Situation familiale : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

N° de Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Tél : .....

**Adresse :** ..... **Code Postal :** .....

..... **Ville** : .....

## RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

**Fonction :** ..... **Catégorie Professionnelle :** .....
(Cadres, Non-cadres, ETAM, …)

**Date d'effet garantie :** ..... **Régime Sécurité Sociale :**
(Cocher le régime Sécurité Sociale de l'assuré)

❑ **Alsace-Moselle**
❑ **Général**
❑ **Autre** (à préciser) **:**.....

Option retenue (si choix possible) : .....

## BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE

**Outre moi-même, je souhaite que la couverture maladie s'applique également à mes ayants droit suivants :**

**Conjoint/Concubin*:** Nom patronymique : .....
*(produire obligatoirement un certificat de concubinage)

Nom marital : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

N° Sécurité Sociale
Si différent de l'assuré |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Régime Sécurité Sociale : ❑ Général ❑ Alsace-Moselle ❑ Autre : .....

**Le conjoint bénéficie-t-il <u>en son nom propre</u> d'une complémentaire Santé : ❑ Oui ❑ Non**

Dans l'affirmative, **ou sans réponse de votre part**, votre conjoint et les enfants inscrits sur sa carte VITALE ne bénéficieront ni du système NOEMIE (télétransmission des décomptes) ni de la carte de tiers payant SP SANTE, tout en conservant cependant le droit à remboursement complémentaire.

## ENFANTS

| Nom | Prénom | Date de naissance | N° de Sécurité Sociale** |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**** à compléter pour tous les enfants.**

Pour les enfants étudiants, il vous appartiendra de nous adresser une attestation d'inscription Au régime de Sécurité Sociale dont ils dépendent et photocopie d'un certificat de scolarité. Pour les enfants apprentis ou sous contrat, il y aura lieu de joindre au présent document une Photocopie du dudit contrat.

Pour les autres enfants, <u>préciser le n° de Sécurité Sociale du parent auquel ils sont rattachés</u>.
Au delà du quatrième enfant, merci de nous fournir les informations sur papier libre.

**Date et signature de l'assuré**

**Pièces à joindre obligatoirement : Attestation accompagnant votre carte Vitale, RIB, justificatifs nécessaires (voir ci-dessus)**
**CE DOCUMENT DOIT TRANSITER PAR L'ENTREPRISE QUI Y APPOSERA SON TAMPON.**

Les présentes informations, indispensables à la gestion du dossier de l'assuré, pourront faire l'objet de traitements automatisés et transmises à qui de droit, tel qu'autorisé par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. L'assuré bénéficie d'un droit d'accès et de rectification conforme à l'art. 27 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978.