

Demande d'affiliation Frais de soins de santé avec Module complémentaire obligatoire

Entreprises Artistiques et Culturelles

Entreprise / n° d'adhérent (obligatoire) :

Raison sociale :

Adresse :

 code postal : commune :

Salarié

 N° Sécurité sociale :

Nom : prénom :

Pseudonyme : nom de jeune fille :

 Né(e) le :
 célibataire marié(e) divorcé(e) veuf (ve) vivant maritalement pacsé(e)

Adresse :

 code postal : commune :

Catégorie professionnelle

Permanents :

 cadre non-cadre agent de maîtrise (non affilié au régime des cadres) artiste permanent

 CDI CDD jusqu'au :

 Date d'embauche du salarié :

 Date d'effet des garanties :

Bénéficiaires frais de santé (environnement familial) ⁽¹⁾

Conjoint(e) / Concubin(e) / Pacsé(e)

Nom	prénom	date de naissance	N° de Sécurité sociale
.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(Nom de jeune fille)			

Enfants à charge ⁽²⁾

Nom	prénom	date de naissance	N° de Sécurité sociale
.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

(1) Selon le module complémentaire souscrit, la déclaration de l'intégralité de la famille peut être obligatoire (pour plus de précision, voir votre employeur).

(2) Enfants de moins de 21 ans ou moins de 28 ans si scolarisé (fournir un certificat de scolarité).

Précision importante : indiquez ci-après les noms et prénoms des personnes citées ci-dessus qui bénéficient d'une mutuelle à titre personnel :

-
-

Merci de joindre un RIB ou RIP pour le règlement des prestations, ainsi qu'une copie de votre attestation Vitale et celle des autres bénéficiaires des garanties.

Fait à : le :

Signature et cachet de l'entreprise

Voir informations au verso

Document à retourner à : Audiens - Comptes clients - 74 rue Jean Bleuzen - 92177 Vanves Cedex

Attention

Pour l'ensemble des régimes de prévoyance, seules seront prises en compte les demandes de prestations correspondant à des périodes postérieures à la date d'effet des garanties

Informations

Nous vous invitons par ailleurs à prendre connaissance de nos dépliants "Tiers payant" et "Noémie" disponible sur notre site internet.

Ces services ne fonctionnent que pour les ayants droit inscrits auprès du régime général de la Sécurité sociale, et ne disposant pas pour eux-mêmes d'une couverture frais de soins de santé auprès d'un autre organisme.