

Demande d'affiliation Prévoyance et/ou Santé

À compléter par l'employeur

Affiliation Modification Radiation

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

Numéro de SIRET
figurant sur le bulletin de salaire

_____. ____ - _____. ____

Raison sociale _____

Adresse du siège social _____

Code postal _____ Commune _____

IDENTIFICATION DU SALARIÉ

Mme M.

Nom _____ Prénom _____

Numéro de Sécurité sociale à indiquer impérativement en haut de la page

Date d'entrée du salarié dans l'entreprise _____

Date d'effet de l'affiliation prévoyance _____

Date d'effet de l'affiliation frais de soins de santé _____

CATÉGORIE DU SALARIÉ

- Cadres permanents et assimilés (affiliés à l'Agirc)
- Non cadres permanents (affiliés à l'Arrco uniquement)
- Article 36
- Journaliste titulaire
- Journaliste stagiaire
- Ouvrier
- Journaliste rémunéré à la pige
- Artiste permanent

TYPE DE CONTRAT

- CDI
- CDD jusqu'au _____
- Temps partiel Oui à _____ %
 Non

Sortie le _____ Cause _____



À compléter par le salarié

Mme M.

Nom d'usage _____ Prénom _____

Nom de famille _____ Pseudonyme _____

Numéro de Sécurité sociale à indiquer impérativement en haut de la page

Né(e) le _____

Célibataire Marié(e) Concubin(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Tél. : _____ Portable : _____

Courriel _____ @ _____

Couverture des ayants droit Oui Non

Si oui, complétez le tableau ci-dessous :

Nom(s) et prénom(s) des bénéficiaires à couvrir	N° de Sécurité sociale	Date de naissance
<input type="checkbox"/> conjoint(e) <input type="checkbox"/> concubin(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e)	_____	_____
Enfant à charge	_____	_____
Enfant à charge	_____	_____
Enfant à charge	_____	_____
Enfant à charge	_____	_____

Merci de joindre à la présente demande d'affiliation :

- pour la mise en place de la télétransmission Noémie : l'attestation de vos droits Sécurité sociale et celles de vos bénéficiaires, téléchargeables sur le site de la Sécurité sociale ameli.fr ;
- pour le paiement des prestations : un relevé d'identité bancaire (RIB) - si les prestations des bénéficiaires doivent être versées sur un compte différent, joignez les RIB correspondants ;
- pour l'affiliation des enfants de plus de 21 ans : certificat de scolarité, attestation Pôle emploi (tous les 3 mois), contrat d'apprentissage (à transmettre chaque année) ;

Précisez ci-dessous les nom(s) et prénom(s) des ayants droit bénéficiant d'un contrat frais de soins de santé auprès d'un autre organisme assureur et pour lesquels vous ne souhaitez pas effectuer la télétransmission Noémie auprès d'Audiens Prévoyance :

Fait à _____ Le _____

Signature et cachet de l'entreprise

Signature du salarié

Pour plus de détails sur vos garanties et les modalités d'application, se reporter à la notice d'information remise par votre employeur

Informatique et libertés

Ces informations sont nécessaires à la gestion de votre dossier et peuvent dans ce cadre être transmises à des sous-traitants. Elles sont également susceptibles d'être transmises à d'autres entités du Groupe Audiens afin de vous présenter les produits qu'elles proposent. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et d'opposition à leur transmission, auprès d'Audiens Prévoyance, qui peut être exercé en écrivant à la Direction juridique du Groupe Audiens - 74 rue Jean Bleuzen 92177 Vanves Cedex.

Informations

Les informations recueillies lors de la souscription et la gestion de ce contrat peuvent être utilisées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. La personne concernée dispose d'un droit d'accès qui s'exerce auprès de la CNIL dans les conditions définies à l'article L561-45 du Code Monétaire et Financier.

