

# Demande d'affiliation

## Prévoyance et/ou Frais de soins de Santé

Affiliation     Modification     Radiation

### Partie à compléter par l'employeur

Raison sociale : .....

n° siret

Adresse : .....

Code postal :       Commune : .....

### Identification du salarié

M.     Mme

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 la garantie **frais de soins de santé**   

Date d'effet de la garantie **prévoyance**   

### Catégorie salariés permanent

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> cadre  | <input type="checkbox"/> journaliste titulaire                                   | <input type="checkbox"/> pigiste           |
| <input type="checkbox"/> article 36                                       | <input type="checkbox"/> journaliste stagiaire                                   | <input type="checkbox"/> artiste permanent |
| <input type="checkbox"/> ouvrier titulaire (presse parisienne uniquement) | <input type="checkbox"/> employé   |  |
| <input type="checkbox"/> ouvrier permanence de placement                  | <input type="checkbox"/> agent de maîtrise<br>(non affilié au régime des cadres) |  |

### Type de contrat

CDI     CDD    jusqu'au

### Temps partiel

Non     Oui à  %

Sortie le :       Cause .....

Fait à ....., le

Cachet de l'entreprise

**Pour vos garanties prévoyance, assurez vous de communiquer la désignation de bénéficiaire et la notice de garantie à vos salariés.**

Voir au verso



**Partie à compléter par le salarié**

M.    Mme

Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Nom de famille : ..... Pseudonyme : .....

Numéro de Sécurité Sociale 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 : ..... @ .....

Nom(s) et prénom(s) des bénéficiaires que je souhaite inscrire à la garantie frais de soins de santé		N° de Sécurité sociale	Date de naissance
	<input type="checkbox"/> conjoint(e) <input type="checkbox"/> concubin(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e)	<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"/>
	Enfants à charge	<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"/>
	Enfants à charge	<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"/>
	Enfants à charge	<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"/>
	Enfants à charge	<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"/>

**Merci de joindre à la présente demande d'affiliation :**

- pour la mise en place de Noémie : une copie de votre attestation vitale pour chaque bénéficiaire,
- pour le paiement des prestations : un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP),
- pour l'affiliation des enfants de plus de 21 ans : les justificatifs de persistance des droits (certificat de scolarité, attestation Pôle emploi, contrat d'apprentissage)

Pour les ayants droit bénéficiant d'un contrat frais de soins de santé auprès d'un autre organisme assureur; si vous souhaitez que la télétransmission s'effectue auprès d'Audiens Prévoyance, précisez les nom(s) et prénom(s) ci-dessous :

.....  
.....  
.....

Fait à ....., le

Signature et cachet de l'entreprise

POAB1U

IMP  
ENT

**POUR PLUS DE DETAILS SUR VOS GARANTIES ET LES MODALITÉS D'APPLICATION, SE REPORTER A LA NOTICE D'INFORMATION REMISE PAR VOTRE EMPLOYEUR**

**Informatique et liberté**

Ces informations sont nécessaires à la gestion de votre dossier et peuvent être transmises à d'autres entités du Groupe Audiens. 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, à exercer en écrivant à 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".

