

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pour faciliter le traitement numérique du dossier, merci de ne pas agraffer les documents.

à retourner à :
Audiens Gestion Entreprises Affiliations
TSA 30400
92177 Vanves Cedex

 0173 173 932
puis tapez 2

Demande d'affiliation Prévoyance et/ou Santé

À compléter par l'employeur

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

Madame Monsieur

Nom _____

Prénom _____

Profession _____

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

Catégorie à laquelle appartient le 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 _____ %

Non

Sortie

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cause _____

Pour vos garanties prévoyance et santé, assurez-vous de communiquer les notices de garantie à vos salariés.





À compléter par le salarié

Madame Monsieur

Nom de naissance _____ Prénom _____

Nom marital _____ Pseudonyme _____

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

Né(e) le _____ Ville et pays de naissance _____

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

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Tél. _____ Mobile _____

Courriel _____

Couverture des ayants droit Oui Non

Si oui, complétez le tableau ci-dessous :


Nom(s) et prénom(s) des bénéficiaires à couvrir	Bénéficiaires	
	<input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e)	Né(e) le _____ à (ville et pays) _____ N° de Sécurité sociale _____
	Enfant à charge	Né(e) le _____ à (ville et pays) _____ N° de Sécurité sociale _____
	Enfant à charge	Né(e) le _____ à (ville et pays) _____ N° de Sécurité sociale _____
	Enfant à charge	Né(e) le _____ à (ville et pays) _____ N° de Sécurité sociale _____
	Enfant à charge	Né(e) le _____ à (ville et pays) _____ N° de Sécurité sociale _____



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pour faciliter le traitement numérique du dossier, **merci de ne pas agraffer les documents.**

à retourner à :
Audiens Gestion Entreprises Affiliations
TSA 30400
92177 Vanves Cedex

 **0173 173 932**
puis tapez 2

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 ;
- une copie de votre pièce d'identité en cours de validité (CNI, passeport, carte de séjour), uniquement si vous n'êtes pas domicilié en France et/ou si votre compte bancaire ne l'est pas.
- 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

POABTU

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

Dématérialisation

Dans le cadre de la présente relation contractuelle, Audiens Santé Prévoyance se réserve le droit de poursuivre la relation sur un support durable autre que le papier. Vous bénéficiez néanmoins du droit de vous y opposer et de demander à recevoir la documentation contractuelle au format papier Je m'oppose au support durable autre que le papier. Par ailleurs, vous pouvez revenir sur votre décision à tout moment et par tout moyen, auprès de votre interlocuteur habituel.

Protection des données à caractère personnel

Les informations vous concernant, collectées dans la présente demande d'affiliation, sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat souscrit. Elles peuvent, dans ce cadre, être transmises à des sous-traitants. Ces données sont conservées pour la durée nécessaire à la gestion et l'exécution de votre affiliation par Audiens Santé Prévoyance puis jusqu'à expiration des délais légaux de prescription applicables en assurance de personnes. Je m'oppose à l'utilisation de ces données par Audiens Santé Prévoyance pour la présentation de ses produits. J'accepte que celles-ci soient communiquées à d'autres entités du Groupe Audiens afin qu'elles me présentent leurs solutions. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous bénéficiez, dans les conditions et limites prévues par la réglementation et sous réserve de justifier de votre identité, de droits d'accès, de rectification et d'effacement des données vous concernant, d'opposition et de limitation du traitement, ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Ces droits peuvent être exercés : par courrier électronique adressé à dpo@audiens.org ; par courrier postal adressé à DPO - Audiens Santé Prévoyance, 74 rue Jean Bleuzen, 92170 VANVES.

Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme - Lutte contre la fraude

Les informations recueillies lors de votre affiliation à Audiens Santé Prévoyance et de la gestion de votre couverture 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. Ces informations sont également susceptibles d'être utilisées à des fins de lutte contre la fraude.

Bloctel

Vous bénéficiez du droit de vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en allant sur le site www.bloctel.gouv.fr.

IMP
ENT

