



ASSURANCE
SANTÉ



**ASSURANCE SANTÉ
COLLECTIVE DE
LA BANQUE POSTALE**

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION

Contrat d’assurance de groupe à adhésion obligatoire

Demande d’affiliation - date d’effet _____

Demande de changement de situation - date d’effet _____

NE RIEN INSCRIRE DANS CES CADRES

L’ENTREPRISE

RAISON SOCIALE _____

ÉTABLISSEMENT _____

N° SIREN _____ N° SIRET _____

N° DE PROPOSITION _____ N° CONTRAT _____

INTERLOCUTEUR DE L’ENTREPRISE _____ FONCTION _____

TÉLÉPHONE _____ COURRIEL _____

Déclare avoir souscrit la _____ de l’Assurance Santé Collective de La Banque Postale, avec la structure de cotisation _____

VOUS

NOM DE FAMILLE (de naissance) _____ PRÉNOM _____

NOM D’USAGE (d’époux) _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE _____ DATE DE NAISSANCE _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____

TÉLÉPHONE DOMICILE _____ MOBILE _____

COURRIEL _____

J’autorise La Banque Postale Assurance Santé, les sociétés du groupe auquel elle appartient, ses partenaires et prestataires, à m’adresser par courrier électronique et/ou par sms des informations commerciales.

CATÉGORIE DE PERSONNEL (à compléter avec l’aide de votre employeur si nécessaire) :

Personnel affilié à l’AGIRC (dont articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)

Personnel affilié à l’AGIRC relevant de l’article 36 de l’annexe 1 à la CCN 14 mars

Personnel non affilié à l’AGIRC Autres (à préciser)

RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE GÉNÉRAL ALSACE MOSELLE

STRUCTURE D’AFFILIATION

ASSURÉ SEUL

FAMILLE AU SENS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE _____

Vous choisissez votre structure d’affiliation en fonction de votre situation familiale réelle le cas échéant.

Fait à _____, le _____

Signature de l’employeur
Qualité du signataire

Cachet de l’entreprise

Document à retourner à votre employeur ou à La Banque Postale Assurance Santé - TSA 97241 - 79060 NIORT CEDEX 9.

Pour contacter un Conseiller : 0 820 318 080 Service 0,12 € / min
+ prix appel

La Banque Postale Assurance Santé - Entreprise régie par le Code des assurances. Société Anonyme au capital social de 3 336 000 €. Siège social : 115, rue de Sèvres – 75275 Paris Cedex 06. RCS Paris 440 165 041. Code APE 6512Z.

Auxia Assistance - Entreprise régie par le Code des assurances. Société Anonyme au capital entièrement libéré de 1 780 000 €. Siège social : 21, rue Laffitte – 75009 Paris. RCS Paris 351 733 761.

La Banque Postale - Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 4 046 407 595 €. Siège social et adresse postale : 115, rue de Sèvres – 75275 Paris Cedex 06. RCS Paris 421 100 645. Code APE 6419Z. Intermédiaire d’assurance immatriculé à l’ORIAS sous le n° 07 023 424.

Inscrivez vos ayants droit (si structure d'affiliation « Famille au sens de la Sécurité sociale ») :

Nom	Prénom	Lien de parenté	N° de Sécurité sociale	Date de naissance	Rang de naissance
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

IMPORTANT

Vous allez bénéficier du système Noémie permettant la télétransmission des décomptes entre le régime obligatoire et La Banque Postale Assurance Santé. Si vous ne souhaitez pas bénéficier de ce système, veuillez cocher la case suivante :

Votre conjoint, la personne avec laquelle vous avez conclu un pacte civil de solidarité ou votre concubin, à charge au sens de la Sécurité sociale est-il déjà assuré par un contrat frais de santé par un autre organisme assureur ? OUI NON

Dans l'affirmative, ou sans réponse de votre part, nous considérerons que votre conjoint(e) continuera à être assuré(e) par son contrat frais de santé après votre affiliation. Les personnes inscrites sur la carte Vitale de votre conjoint(e) ne bénéficieront pas du système Noémie (télétransmission des décomptes), ni du tiers payant généralisé Viamedis, tout en conservant cependant le droit à un remboursement complémentaire.

En cas de radiation des effectifs de votre entreprise vous devez nous renvoyer sans délai votre carte de Tiers Payant.

L'ouvrant droit désigné dans le Bulletin Individuel d'Affiliation	Pièces à joindre
Vous-même	<ul style="list-style-type: none"> ● La photocopie de l'attestation carte Vitale délivrée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ● Un relevé d'identité bancaire
Les ayants droit	Pièces à joindre
Votre conjoint à charge au sens de la Sécurité Sociale	● Aucune
Votre concubin à charge au sens de la Sécurité Sociale	● L'attestation de vie maritale ou déclaration de vie commune
La personne avec qui vous avez conclu un pacte civil de solidarité célibataire, divorcé(e), veuf(ve) à charge au sens de la sécurité sociale	● La photocopie du pacte civil de solidarité
Les enfants de moins de 21 ans mentionnés sur l'attestation carte Vitale des parents	● Aucune
Les enfants étudiants non salariés de plus de 21 ans et de moins de 25 ans	<ul style="list-style-type: none"> ● La photocopie de l'attestation carte Vitale justifiant son immatriculation au régime étudiant ● Un certificat de scolarité de l'année en cours
Les enfants handicapés	● Une copie du document lui accordant l'allocation d'éducation pour enfant handicapé ou l'allocation aux adultes handicapés
Les ascendants mentionnés sur votre attestation carte Vitale, sur celle de votre conjoint, de votre concubin ou de la personne avec qui vous avez conclu un pacte civil de solidarité	● Aucune

Fait à _____, le _____

Signature de l'assuré précédée de la mention « lu et approuvé »

En application de la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée, il est précisé que les données à caractère personnel ci-dessus recueillies sont obligatoires pour la gestion des services souscrits et font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est La Banque Postale Assurance Santé.

Elles pourront être utilisées pour la gestion des opérations effectuées en exécution des services souscrits, par La Banque Postale Assurance Santé, les sociétés du groupe auquel elle appartient, par ses partenaires et prestataires. Ces données pourront également être utilisées dans le cadre des actions commerciales de La Banque Postale Assurance Santé, des sociétés du groupe auquel elle appartient et de ses partenaires et prestataires. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, que vous pouvez exercer en vous adressant à La Banque Postale Assurance Santé : sgil@assurcoll-lbpas.fr.

Je refuse que mes données soient utilisées à des fins de prospections commerciales par courrier postal ou par téléphone.