



ASSURANCE
SANTÉ



**ASSURANCE SANTÉ
COLLECTIVE DE
LA BANQUE POSTALE**

BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHÉSION

Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative

- 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 le ou les contrat(s) suivant(s) :

- Formule obligatoire : _____
- Renfort(s) : _____
- Extension Famille

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)

REGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE GÉNÉRAL ALSACE MOSELLE

Demandez à adhérer à (aux) option(s) suivante(s) et vous engagez au versement des cotisations correspondantes.

DEMANDE D'ADHÉSION À L'OPTION FACULTATIVE « EXTENSION FAMILLE »

Les taux de cotisation sont exprimés par personne assurée, sur une base mensuelle.

Je souhaite assurer :

MON CONJOINT (à charge ou non au sens de la Sécurité sociale) | _____ | %PMSS

MON/MES ENFANT(S) NOMBRE (à préciser) : | _____ | %PMSS

Vos ayants droit bénéficient du même niveau de garantie que le vôtre.

Les enfants sont assurés gratuitement à partir du 3^{ème}.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale est communiqué officiellement par décret et publication au Journal Officiel en décembre de chaque année.

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.

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.

☐ DEMANDE D'ADHÉSION À L'OPTION FACULTATIVE « RENFORT »

Les taux de cotisation sont exprimés par personne assurée, sur une base mensuelle.

Je souhaite bénéficier du Renfort suivant :

Renfort	Renfort 1	Renfort 2	Renfort 3
ASSURE SEUL			
Assuré seul	_____ % PMSS	_____ % PMSS	_____ % PMSS
Conjoint	_____ % PMSS	_____ % PMSS	_____ % PMSS
Par enfant (gratuits à partir du 3 ^{ème})	_____ % PMSS	_____ % PMSS	_____ % PMSS
FAMILLE AU SENS DE LA SECURITE SOCIALE			
Famille au sens de la Sécurité Sociale	_____ % PMSS	_____ % PMSS	_____ % PMSS
Conjoint ayant son propre n° de Sécurité Sociale	_____ % PMSS	_____ % PMSS	_____ % PMSS
ASSURE SEUL / FAMILLE AU SENS DE LA SECURITE SOCIALE			
Assuré seul	_____ % PMSS	_____ % PMSS	_____ % PMSS
Famille au sens de la Sécurité Sociale	_____ % PMSS	_____ % PMSS	_____ % PMSS
Conjoint ayant son propre n° de Sécurité Sociale	_____ % PMSS	_____ % PMSS	_____ % PMSS
MON CHOIX (1 seul choix possible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale est communiqué officiellement par décret et publication au Journal Officiel en décembre de chaque année.*

Le montant total de vos cotisations mensuelles pour vos options facultatives correspondra à la somme des montants concernant l'option Extension Famille et ceux concernant l'option Renfort.

Mode de paiement : PRÉLÈVEMENT MENSUEL

Si vous préférez procéder au paiement de vos cotisations par chèque mensuel, veuillez cocher la case suivante

Pièces à joindre :

- Un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement de vos prestations (NB. Il ne peut être enregistré qu'un seul RIB par famille).
- Un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé pour le règlement par prélèvement des cotisations au titre des options facultatives.

Fait à _____, le _____

Signature de l'employeur
Qualité du signataire

Cachet de l'entreprise

Inscrivez vos ayants droit

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.

Je joins les pièces indiquées dans l'annexe au Bulletin Individuel d'Adhésion, dont je reconnais avoir pris connaissance.

En cas de vente à distance, je demande l'exécution immédiate de mon contrat, sans attendre l'expiration du délai de renonciation de 14 jours.

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.

ANNEXE AU BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHÉSION

Contrat(s) d'assurance de groupe à adhésion facultative

L'ouvrant droit désigné au recto	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, votre concubin ou la personne avec qui vous avez conclu un pacte civil de solidarité qui figure sur votre attestation carte Vitale	<ul style="list-style-type: none"> ● Aucune
Votre conjoint ne figurant pas sur votre attestation carte Vitale	<ul style="list-style-type: none"> ● La photocopie de l'attestation carte Vitale délivrée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) justifiant son immatriculation personnelle à la Sécurité sociale
Votre concubin ne figurant pas sur votre attestation carte Vitale	<ul style="list-style-type: none"> ● La photocopie de l'attestation carte Vitale délivrée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) justifiant son immatriculation personnelle à 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) ne figurant pas sur votre attestation carte Vitale	<ul style="list-style-type: none"> ● La photocopie de l'attestation carte Vitale délivrée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) justifiant son immatriculation personnelle à 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● Aucune



ASSURANCE
SANTÉ

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT RÉCURRENT SEPA

IMPORTANT :

Veuillez remplir intégralement cet imprimé et le retourner en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire.

Nom

Prénom

Adresse

Code postal Ville

Pays

IDENTIFIANT INTERNATIONAL DE COMPTE BANCAIRE :

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Bank Identifier Code)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) La Banque Postale Assurance Santé à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de La Banque Postale Assurance Santé. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Fait à

le

Signature :

CADRE RÉSERVÉ À L'ASSUREUR :

ORGANISME CRÉANCIER

La Banque Postale Assurance Santé - 115, rue de Sèvres - 75275 Paris Cedex 06

RUM*

IDENTIFIANT ICSFR

*La Référence Unique de Mandat (RUM) sera communiquée ultérieurement dans le relevé bancaire du titulaire du compte à débiter.

Les données à caractère personnel contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à être utilisées par La Banque Assurance Santé, uniquement pour la gestion de sa relation avec l'adhérent. Elles font l'objet d'un traitement dont le responsable est La Banque Postale Assurance Santé. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par l'adhérent, de ses droits d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement, tels que prévus par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, en s'adressant à La Banque Postale Assurance Santé : sgil@assurcoll-lbpas.fr.