BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION / MODIFICATION AU CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE FRAIS DE SANTE

ENTREPRISE :

☐ **AFFILIATION - Date d'effet :**
☐ **MODIFICATION - Date d'effet :**

Modification administratives* : ☐ Ajout ou radiation d'ayant(s) droit ☐ Changement d'option
*Sous réserve de la production des justificatifs prévus

PARTICIPANT

☐ **CDI** ☐ **CDD, date de fin de CDD :**

Nom : Sexe : ☐ M - ☐ F

Nom de jeune fille : Nationalité :

Prénom (s) :

Né (e) le :

Situation de Famille : ☐ Marié(e), Union Libre, Pascé(e) ☐ Célibataire

Téléphone *(obligatoire)* :

Mail *(obligatoire)* : @

☐ *En cochant cette case, j'accepte de recevoir par mail des informations et des offres promotionnelles de la part de ma mutuelle*

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° Sécurité Sociale : clé

Télétransmission :
Oui ☐ Non ☐

BENEFICIAIRES

Enfant(s) :

NOM	Prénom	Né(e) le	Sexe	N° Sécurité Sociale :	clé	Télétransmission
						Oui ☐ Non ☐
						Oui ☐ Non ☐
						Oui ☐ Non ☐
						Oui ☐ Non ☐

Conjoint(e), concubin(e), pacs(é) :

Qualité : ☐ Conjoint ☐ Concubin ☐ Pacsé Sexe : ☐ M - ☐ F

Nom : Né(e) le :

Nom de jeune fille :

Prénom (s) :

N° Sécurité Sociale :

Télétransmission :
Oui ☐ Non ☐

Ascendants à charge et vivant sous le même toit.

NOM	Prénom	Né(e) le	Sexe	N° Sécurité Sociale :	clé	Télétransmission
						☐ Oui ☐ Non

Version 2019

GARANTIES OPTIONNELLES :

Souscription du conjoint ☐ OUI - ☐ NON

Souscription des garanties suivantes :

Cochez la garantie choisie

☐ Garanties SYNTEC BASE

☐ Garanties SYNTEC EQUILIBRE

☐ Garanties SYNTEC SERENITE

☐ Garanties SYNTEC QUIETUDE

Le tableau de garanties, les tarifs et la notice d'information sont à disposition auprès de votre employeur.

Rappels :

- *L'affiliation optionnelle vaut obligatoirement pour le salarié et les ayant droits bénéficiant des garanties collectives et obligatoires.*
- *Les garanties optionnelles suivent le sort des garanties collectives et obligatoires en cas de maintien (sauf dispositions particulières), de suspension, ou de cessation ou de résiliation de ces dernières.*
- *Le salarié peut résilier son affiliation optionnelle chaque 31 décembre sous réserve d'en aviser la mutuelle au plus tard le 31 octobre précédent ou en cas de modification de la composition de la famille.*
- *En cas de résiliation de l'affiliation aux garanties optionnelles, l'intéressé ne peut solliciter une nouvelle affiliation à leur titre qu'après un délai de carence de 24 mois.*

DOCUMENTS A FOURNIR

- ☐ Le bulletin de modification complété et signé
- ☐ un BIC/IBAN
- ☐ La photocopie de l'attestation de droit à l'assurance maladie du (des) nouveau(x) bénéficiaire(s)
- ☐ Justificatifs enfants : pour les enfants de plus de 16 ans poursuivant leurs études, un certificat de scolarité et une copie de l'attestation du régime étudiant pour ceux de plus de 25 ans ; pour les enfants de moins de 25 ans au chômage, une copie de l'attestation Assedic ; pour les enfants en apprentissage ou entrant dans le cadre des contrats d'insertion en alternance, un certificat attestant de leur situation ;pour les enfants bénéficiant de l'allocation aux adultes handicapés, une copie de l'attestation de la CAF
- ☐ En cas d'ajout d'ascendants à charge, un copie de l'impôt sur le revenu.

Tout autre document pourra être demandé par la Mutuelle.

- Je soussigné(e), pour moi-même et pour les personnes désignées, déclare adhérer à la Mutuelle des Scop (MUCS) dont les statuts et la notice d'information m'ont été communiqués.
- Je m'engage à me conformer aux dispositions statutaires de la mutuelle et, en particulier, à transmettre toute information me concernant, nécessaire à la mise en œuvre du service NOEMIE (transmission automatique des décomptes sécurité sociale). Dans le cas contraire, j'informe par écrit le service adhésion de mon refus.
- Je m'engage à restituer au Souscripteur ma carte d'adhérent, en cas de radiation.

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle conformément à son objet. Le membre participant, ainsi que toute personne, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle à l'adresse de son siège social.

Fait à _____ , le _____

Signature du participant Précédée de la mention « lu et approuvé »	**Cachet de l'entreprise** **et signature du représentant légal**

12 Quai de la Mégisserie 75001 PARIS
Tél.: 01 42 36 92 06 – Fax: 01 40 28 92 19
contact@mutuelledesscop.fr
www.mutuelledesscop.fr