

■ Contrat Collectif n°* :
L50100864F4

***À compléter par l'entreprise**

Nature de la demande

(un seul choix possible)
À cocher obligatoirement

Bulletin d'adhésion individuel
(à compléter par le salarié et à transmettre au correspondant de l'entreprise)

Bulletin de modification individuel
(à compléter par le salarié et à transmettre au correspondant de l'entreprise)

Demande de radiation d'un salarié
(à compléter par l'entreprise)

■ Date de la demande(4) :

_____ / _____ / _____

■ Choix **Garantie & Option** (ou Renfort) :

_____ / _____

À compléter à l'adhésion du salarié uniquement.

NOM DU SALARIÉ : NOM DE JEUNE FILLE : PRÉNOM :

ADRESSE : CODE POSTAL : VILLE :

N° de Téléphone : N° de portable : N° de portable conjoint(e) :

E.MAIL : E.MAIL conjoint(e) :

Caisse d'affiliation : Étiez-vous précédemment assuré auprès d'ADRÉA ? OUI NON Si OUI n° adhérent :

Situation familiale

- Célibataire
- Marié(e)
- Pacsé(e)
- Union libre
- Divorcé(e)
- Veuf(ve)

Collège*

- Ensemble du personnel
- Non affilié à l'AGIRC
- Affilié à l'AGIRC
- Autre.....

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	RÉGIME(1)	BÉNÉFICIAIRES	NOM (EN LETTRES CAPITALES)	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	SEXE (M/F)	Télétransmission NOÉMIE(2)	ADHÉSION	SUPPRES-SION(3)
_____		SALARIÉ			/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
_____		CONJOINT(E)			/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		1 ^{er} ENFANT			/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		2 ^e ENFANT			/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		3 ^e ENFANT			/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		4 ^e ENFANT			/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		5 ^e ENFANT			/ /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Documents à fournir

- RIB (ou RIP) de mon compte bancaire pour le virement des prestations
 - Mandat SEPA si paiement des cotisations par prélèvement
 - Copie(s) de mon attestation d'Assuré Social et celle(s) de mes ayants droit
- Pour les enfants handicapés :
- une copie de la carte d'invalidité ou CDAPH

(1) Précisez : CPAM, MSA, RSI, Étudiant, SNCF, autres - (2) Pour raccourcir les délais de remboursement, j'accepte les échanges d'informations avec les régimes obligatoires et ADRÉA en cochant la case (3) La résiliation est effective à la date d'échéance principale, sauf cas particuliers (précisés dans la notice d'information) pour lesquels il faut joindre un justificatif. - (4) La date de la demande permet de déterminer la date d'effet selon les conditions fixées par la notice d'information.

Je soussigné(e) demande pour moi-même, et les personnes ci-dessus désignées, l'adhésion à la mutuelle et m'engage à me conformer à ses statuts. J'autorise, le cas échéant, mon employeur à prélever sur mon salaire le montant de la part salariale de la cotisation. J'accepte la mise en ligne des données me concernant dans l'espace Adhérents du site Internet de la mutuelle. Ces données sont sécurisées et ne sont consultables que par moi-même après identification par mot de passe et code d'accès.

Fait à.....
le.....

Cachet de l'entreprise

Signature du salarié précédée de la mention "lu et approuvé"

Signature du correspondant Entreprise

CHANGEMENT DE SITUATION DU SALARIÉ

CHANGEMENT DE GARANTIE FACULTATIVE

Changement de garantie : Je demande à souscrire, pour moi-même et mes ayants droit, la garantie facultative (nom de la garantie) :

Résiliation de garantie : Je demande la résiliation, pour moi-même et mes ayants droit, de la garantie facultative (nom de la garantie) :

Le changement ou la résiliation de garantie facultative **prendra effet dans les conditions précisées par la notice d'information.**

MODIFICATION ADMINISTRATIVE

Nouvelle adresse, telle que précisée en première page du présent document (NB : si changement de département, joindre la copie de l'attestation Vitale à jour).

Changement de régime, de n° de Sécurité sociale ou de caisse d'affiliation (joindre la photocopie de l'attestation Vitale à jour)

Changement de nom (joindre un justificatif : copie de l'acte de mariage, de divorce...)

Changement de coordonnées bancaires. Joindre obligatoirement :

Un RIB pour le versement des prestations

Un RIB accompagné d'un mandat SEPA si paiement des cotisations par prélèvement.

DEMANDE DE MAINTIEN DE GARANTIE EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL SANS INDEMNISATION

Date d'effet

Je demande le maintien de mes garanties, pour moi-même et mes ayants droit, pendant la durée de suspension de mon contrat de travail
(les conditions du maintien sont précisées dans la notice d'information)

Le cas échéant, en cas de participation patronale, préciser son montant :

Joindre obligatoirement un RIB accompagné d'un mandat SEPA si paiement des cotisations par prélèvement.

DEMANDE DE RADIATION D'UN SALARIÉ DE L'ENTREPRISE (à compléter par l'entreprise)

Date de suspension ou de fin du contrat de travail

Motif (un seul choix possible) :

Suspension du contrat de travail non indemnisé et sans maintien de garantie. Nature de la suspension (à préciser) :

Départ en retraite

Décès du salarié (joindre un acte de décès) Date du décès :

Fin du contrat de travail pouvant ouvrir droit à PORTABILITÉ :

Licenciement (sauf faute lourde)

Fin de CDD

Démission pour suivi du conjoint

Rupture conventionnelle

Date d'embauche du salarié :

Autre fin de contrat de travail sans droit à portabilité :

Licenciement pour faute lourde

Démission (hors suivi du conjoint)

Autre motif de fin de contrat de travail (à préciser) :