COLLECteam

BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION AU REGIME FRAIS DE SANTE

SALARIE(E)

☐ **Madame** ☐ **Monsieur**

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Immatriculé(e) auprès de : ☐ CPAM ☐ MSA ☐ Autre (à préciser) : .....

N° Sécurité Sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Pacsé ☐ Marié ☐ Divorcé ☐ Séparé ☐ Concubinage *(joindre l'attestation sur l'honneur)* ☐ Veuf

Adresse : N° ..... Rue .....

Code Postal ..... Ville .....

Tél. personnel : ..... Tél. portable : .....

E-mail : ..... @ .....

Je souhaite recevoir mes décomptes de remboursement et ceux de mes bénéficiaires par courriel et autorise COLLECteam à me les envoyer par e-mail ☐ oui ☐ non

SOCIETE

Raison sociale : ASSOCIATION SOLIDOM

Ville : Ollioules (83)

Personnel assuré :
Salariés ne relevant pas de l'AGIRC

Date d'adhésion : 01/ ___ / _____

Cachet de l'employeur

Choix du régime :
☐ **Base** ☐ **Option 1** ☐ **Option 2**

Situation professionnelle :
Salarié en activité

TELETRANSMISSION AVEC LA SECURITE SOCIALE

J'accepte la connexion ☐ **Je n'accepte pas la connexion** ☐

En acceptant la télétransmission, j'autorise ma Caisse de Sécurité Sociale à transmettre à COLLECteam la copie de mes décomptes ainsi que celle de mes bénéficiaires (si aucune case n'est cochée, la connexion sera établie)

CONJOINT – CONCUBIN – PACSE A ASSURER

Nom : ..... **Prénoms :** .....

Nom de naissance : ..... Immatriculé(e) auprès de : ☐ CPAM ☐ MSA ☐ Autre (à préciser) : .....

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **N° Sécurité Sociale :** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Votre conjoint/concubin/pacsé bénéficie-t-il déjà d'une complémentaire santé, autre que la vôtre ? ☐ oui ☐ non

➔ Si oui, il ne peut bénéficier des remboursements par télétransmission, ni du tiers payant (son nom n'apparait pas sur la carte de TP)

*Le remboursement sera effectué sur présentation du décompte **original** de sa première mutuelle accompagné de la copie du décompte du régime obligatoire.*

➔ Si non, souhaite-t-il la télétransmission ? ☐ oui ☐ non

ENFANTS A CHARGE A ASSURER

Nom – Prénoms	Télétrans-mission	Sexe	Date de naissance	N° Sécurité Sociale
.....	☐ oui ☐ non		|__|__| |__|__| |__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|
.....	☐ oui ☐ non		|__|__| |__|__| |__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|
.....	☐ oui ☐ non		|__|__| |__|__| |__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|
.....	☐ oui ☐ non		|__|__| |__|__| |__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

PRELEVEMENT COTISATION

La cotisation est précomptée en partie sur mon bulletin de salaire et sur mon compte bancaire pour les options facultatives ainsi que pour les conjoints et les enfants des salariés ne relevant pas de l'Agirc.
Je suis informée que le prélèvement sur mon compte bancaire comprend un euro de facturation supplémentaire par mois. A cet effet, je retourne le mandat SEPA complété et signé.

DOCUMENTS A JOINDRE IMPERATIVEMENT POUR ADHERER

1. **Un relevé d'identité bancaire ou postal**
2. **Une copie des attestations de la Sécurité Sociale** (fiche en papier accompagnant la carte Vitale) pour : vous-même, votre conjoint ou concubin ou partenaire de PACS, chacun de vos enfants ou ayants-droit.
3. **Le cas échéant, les justificatifs suivants :**
   - Attestation de vie commune et justificatif de domicile commun en cas de concubinage,
   - Certificat de scolarité pour tout enfant âgé de plus de 18 ans.
4. **Le mandat SEPA** dûment complété si nécessaire

Attention, le fait de nommer votre conjoint et vos enfants engage leurs adhésions.	**Fait à :** **Le :** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|	**Signature :**

Les informations collectées à travers ce formulaire sont obligatoires et destinées à l'exécution du contrat frais de santé. Elles font l'objet d'un traitement encadré par une politique de protection des données à caractère personnel disponible sur le site www.collecteam.fr. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir la communication des informations vous concernant, veuillez adresser votre demande à dpo@collecteam.fr.

COLLECteam
Centre de gestion santé
4, rue Léon Patoux – BP 203
51686 REIMS Cedex 2

SA au capital de 7 005 000 €
RCS Orléans 422 092 817
N° ORIAS 07 005 898 - www.orias.fr

Service réclamation : qualite@collecteam.fr
☎ 03 26 48 49 60
Email gestionsante@collecteam.fr