



BULLETIN D'AFFILIATION - MAINTIEN DE LA COUVERTURE SANTÉ

Inscription

OU Modification concernant : Vos Garanties Vous Vos Bénéficiaires

À effet du : / /

Nom de l'établissement :

Situation : Maintien Retraité/ Licencié / Invalide Ayant droit d'un assuré décédé

Type de cotisations : Base

L'adhésion au régime de base est facultative, la cotisation sera à votre charge et prélevée sur votre compte bancaire par VIVINTER.

Structure de cotisations : Adulte Enfant

Régime : Régime général Régime local

VOTRE COTISATION

Nous vous informons que les dispositions contractuelles en vigueur prévoient une évolution progressive des cotisations du régime de base du salarié, comme suit :

- 2ème année : le tarif augmenté de 25 % par rapport au tarif des actifs
- 3ème année : le tarif sera augmenté de 50 % par rapport au tarif des actifs.

En tant que bénéficiaire d'un contrat conforme aux dispositions ci-dessus évoquées, votre cotisation augmentera selon ce schéma à compter de la deuxième année.

NB : pour le prélèvement de la cotisation, merci de compléter et signer le mandat SEPA ci-joint. **A noter : En tant qu'adhérent à l'association PRC Santé, 1 €/mois vous sera prélevé en plus de votre cotisation.**

VOUS

Merci de compléter les champs ci-dessous en MAJUSCULES

N° de Sécurité sociale* : N° de Matricule :

Nom* : Prénom* :

Nom de Naissance : Date de Naissance* : / /

Adresse* : N° BIS/TER Nom de Voie

Code Postal Ville

Adresse E-mail* :

Téléphone Mobile* : Organisme d'Affiliation*(1) :

Votre adresse e-mail est indispensable pour télécharger votre carte de tiers payant à partir de votre Espace Assuré et sur votre application mobile.

Votre numéro de téléphone mobile est indispensable pour la double authentification lors de votre première connexion sur votre Espace Assuré.

Cochez si vous bénéficiez de la télétransmission NOEMIE auprès d'une autre mutuelle (autre organisme complémentaire que celui souscrit par votre employeur)

Votre Carte de Tiers Payant :



Après votre première connexion, vous devez télécharger et imprimer votre carte de tiers payant depuis votre Espace Assuré sur le site www.vivinter.fr
 Votre carte de tiers payant pourra également être téléchargée sur votre application mobile.

*Champs obligatoires

(1) Cette donnée figure sur votre attestation de Sécurité sociale (cf. page 3)





VOS BÉNÉFICIAIRES

Conjoint

N° de Sécurité sociale* :

Nom* :

Date de Naissance* :

Prénom* :

Organisme d'Affiliation^{*(1)} :

Cochez si vous bénéficiez de la télétransmission NOEMIE auprès d'une autre mutuelle* :

Enfant 1

N° de Sécurité sociale* :

Nom* :

Date de Naissance* :

Prénom* :

Organisme d'Affiliation^{*(1)} :

Cochez si vous bénéficiez de la télétransmission NOEMIE auprès d'une autre mutuelle* :

Rang Laser^{*(1)} :

Enfant 2

N° de Sécurité sociale* :

Nom* :

Date de Naissance* :

Prénom* :

Organisme d'Affiliation^{*(1)} :

Cochez si vous bénéficiez de la télétransmission NOEMIE auprès d'une autre mutuelle* :

Rang Laser^{*(1)} :

Enfant 3

N° de Sécurité sociale* :

Nom* :

Date de Naissance* :

Prénom* :

Organisme d'Affiliation^{*(1)} :

Cochez si vous bénéficiez de la télétransmission NOEMIE auprès d'une autre mutuelle* :

Rang Laser^{*(1)} :

Enfant 4

N° de Sécurité sociale* :

Nom* :

Date de Naissance* :

Prénom* :

Organisme d'Affiliation^{*(1)} :

Cochez si vous bénéficiez de la télétransmission NOEMIE auprès d'une autre mutuelle* :

Rang Laser^{*(1)} :

Si vous avez plus de 4 enfants, veuillez réimprimer cette page afin de les ajouter.

FINALISEZ VOTRE AFFILIATION

Date (JJ/MM/AAAA) :

Signature obligatoire :

Fait à :

*Champs obligatoires

(1) Cette donnée figure sur votre attestation de Sécurité sociale (cf. page 3)

VIVINTER, une marque du Groupe DIOT-SIACI, met en œuvre un traitement de données à caractère personnel nécessaire à l'émission d'une offre d'assurance ou d'un contrat, sa gestion et son suivi et à la réalisation des diligences réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. A cet égard, les données collectées sont toutes obligatoires. Les destinataires de vos données à caractère personnel sont : l'assureur porteur de risques, les différentes entités composant DIOT-SIACI, et les prestataires participant à la gestion du contrat d'assurance. Vos données à caractère personnel seront conservées pendant toute la durée nécessaire au service de gestion telle que prescrite par les lois applicables en la matière. Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, ou d'effacement ou de limitation ou d'opposition et de portabilité de vos données à caractère personnel ainsi que du droit d'organiser des directives après votre mort. Pour l'exercice de vos droits veuillez écrire à l'adresse dpo@s2hgroup.com. Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle en charge de la protection des données personnelles.

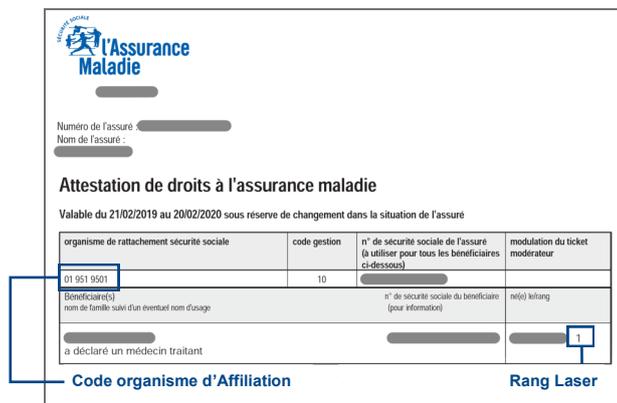
Pour prendre connaissance de la liste de vos droits issus de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 et du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016, consulter les mentions légales sur le site : <https://www.vivinter.fr/mentions-legales>



LISTE DES DOCUMENTS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT À VOTRE BULLETIN D’AFFILIATION :

Afin de pouvoir bénéficier du régime santé de l’entreprise et télécharger au plus vite votre carte de tiers payant en ligne, joindre les documents suivants :

- Un relevé d’identité bancaire (RIB) au format BIC / IBAN
- Le mandat SEPA
- La copie de votre attestation de droits Sécurité sociale et celles de vos bénéficiaires ayant leur propre numéro Sécurité sociale (disponible auprès de votre CPAM ou sur votre compte AMELI)
- Les justificatifs ci-dessous pour vos bénéficiaires (selon leur situation)



Attestation de droits à l'assurance maladie
Valable du 21/02/2019 au 20/02/2020 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

organisme de rattachement sécurité sociale	code gestion	n° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	modulation du ticket modérateur
01 951 9501	10		
Bénéficiaire(s) nom de famille: suivi d'un éventuel nom d'usage		n° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information)	nd(e) étranger
a déclaré un médecin traitant			1

Code organisme d’Affiliation Rang Laser

VOS BÉNÉFICIAIRES	JUSTIFICATIF(S) À FOURNIR
<ul style="list-style-type: none"> • Conjoint, concubin, ou Pacsé salarié ou relevant du régime agricole ou d’un autre régime 	<ul style="list-style-type: none"> • Attestation de droits Sécurité sociale du conjoint, du concubin ou du Pacsé en cours de validité Si ce document ne mentionne pas l'adresse ou le même nom de famille : • Copie d’un justificatif de domicile commun (EDF...) • Copie du contrat de Pacs
<ul style="list-style-type: none"> • Enfant de moins de 18 ans ayant droit de l’Assuré ou de son conjoint ou de son concubin ou Pacsé, au sens défini par la Sécurité sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Attestation de droits Sécurité sociale de l’assuré ou celle de son conjoint, de son concubin ou Pacsé, en cours de validité
<ul style="list-style-type: none"> • Enfant de moins de 28 ans à la recherche d’un premier emploi • Enfant de moins de 28 ans sous contrat d’apprentissage • Enfant de moins de 28 ans sous contrat de professionnalisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Notification de décision France Travail • Copie du contrat de travail d’apprentissage • Copie du contrat de professionnalisation Et dans tous les cas, joindre : • Attestation de droits Sécurité sociale de l’enfant, en cours de validité Si le nom est différent de celui du salarié :
<ul style="list-style-type: none"> • Enfant handicapé 	<ul style="list-style-type: none"> • Attestation de droits Sécurité sociale de l’enfant, en cours de validité • Copie de la carte d’invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l’article L 241-3 du code de l’action sociale • Copie de la notification de l’allocation “Adulte Handicapé” Si le nom est différent de celui du salarié : • Livret de famille tenu à jour
<ul style="list-style-type: none"> • Enfant étudiant, âgé de moins de 28 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Attestation de droits Sécurité sociale de l’enfant, en cours de validité • Certificat de scolarité ou la carte d’étudiant de l’année en cours Si le nom est différent de celui du salarié : • Livret de famille tenu à jour
<ul style="list-style-type: none"> • Enfant à charge fiscal, âgé de moins de 21 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Attestation de droits Sécurité sociale de l’enfant, en cours de validité. • Copie du dernier avis d’imposition du salarié • Livret de famille tenu à jour



Vous changez d’adresse ? De R.I.B ? Rendez-vous sur votre espace assuré, rubrique « Situation » sur : www.vivinter.fr

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Groupe DIOT-SIACI à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Groupe DIOT-SIACI. Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations ci-dessous sont obligatoires et nécessaires à votre créancier afin de mettre en œuvre le mandat de prélèvement européen. Conformément à la réglementation en matière de protection des données personnelles applicable dans votre pays, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification portant sur les données personnelles vous concernant, ainsi que celui de vous opposer à leur traitement, sous réserve de justifier d'un motif légitime (si exige par la loi applicable dans votre pays). Pour exercer ces droits, vous pouvez vous référer au contrat conclu avec votre créancier.

LE DÉBITEUR

N° de Sécurité sociale* :

Nom* : Prénom* :

Nom de Naissance : Date de Naissance* : / /

Adresse* : N° BIS/TER Nom de Voie

Code Postal Ville

Pays

COORDONNÉES BANCAIRES

Domiciliation* :

Cette information est indiquée sur votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB) sous le champs « Domiciliation »

Titulaire du compte :

BIC* :

IBAN* :

TYPE DE PAIEMENT

Paiement : Annuel Semestriel Trimestriel Mensuel

LE CRÉANCIER

SIACI SAINT HONORE, Groupe DIOT-SIACI
Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch
75815 Paris CEDEX 17 - FRANCE

Identifiant du créancier : **FR40ZZZ408436**

SIGNATURE

Date (JJ/MM/AAAA) : / /

Fait à :

Signature* :

*Champs obligatoires