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

Situation professionnelle : ☐ **Salarié en activité** ☐ **Retraité**

SOCIETE

Raison sociale : MISTRAL HABITAT

Ville : AVIGNON (84)

Personnel assuré :
Ensemble des salariés de droit privé

Date d'adhésion : 01/ ___ / _____

Choix du salarié :
☐ **Régime de base** ☐ **Régime amélioré**

Cachet de l'employeur

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

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

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

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,
- chacun de vos enfants.

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.

Fait à :	**Le :** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|	**Signature :**

La Loi N° 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites au présent formulaire, elle garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données vous concernant, auprès de COLLECteam, courtier en assurance de personnes.

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
Fax 03 26 48 49 70
Email gestionsante@collecteam.fr