

Réservé à PREVI-FRANCE N° contrat Collectif : _____ Groupe d'assurés : _____ CCN : MISSIONS LOCALES ET PAIO
Nom Cial : _____ N° Cial : _____ Base obligatoire : _____

Adhésion Ajout d'ayant(s) droit : contrat n° _____ Date d'effet : 01/01/2017

Adhésion du salarié à la garantie obligatoire Entreprise

* Complétez les informations ci-dessous ou votre n° de contrat si disponible

Partie à compléter par l'employeur

■ Entreprise

N° de contrat : _____ Groupe d'assurés : _____

OU

Raison sociale * : _____

N° SIRET * : _____

Groupe d'assurés * :

Ensemble du personnel Cadres Non cadres Autres

➔ Date d'adhésion du salarié : 01 / __ / ____

Cachet de l'entreprise

■ Salarié

Madame Monsieur Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____ Né(e) le : __ / __ / ____ N° sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Tél. : _____ Mobile : _____

Email : _____ @ _____

Télétransmission¹ NON ¹ Cochez Non si vous disposez d'un autre contrat complémentaire santé qui intervient avant celui-ci. Dans ce cas, vous devrez nous envoyer les décomptes de la Sécurité Sociale et de votre autre mutuelle pour être remboursé.

Liste des ayants droit rattachés à la garantie Entreprise

J'ai noté que mes ayants droit (conjoint et/ou enfant(s)) bénéficieront des mêmes garanties que moi-même.

■ Conjoint / concubin / pacsé Madame Monsieur Nom : _____

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Né(e) le : __ / __ / ____ N° sécurité sociale : _____ Télétransmission¹ NON

■ Vos enfants et personnes à charge (Enfants de moins de 18 ans ou de moins de 28 ans si étudiant, apprenti ou demandeur d'emploi non rémunéré.)

Nom	Prénom	Sexe	Né(e) le	N° de Sécurité Sociale ²	Situation ³	Télétransmission ¹
						<input type="checkbox"/> NON
						<input type="checkbox"/> NON
						<input type="checkbox"/> NON
						<input type="checkbox"/> NON

² si différent de celui de l'adhérent ³ M : moins de 18 ans ; A : apprenti ; E : étudiant ; D : demandeur d'emploi non rémunéré.

■ Si l'entreprise ne précompte pas les cotisations des ayants droit :

paiement par prélèvement bancaire mensuel (RIB obligatoire) le 5 le 10 le 15 du mois

Je reconnais avoir pris connaissance des garanties et cotisations dues. J'autorise PréviFrance à prélever sur mon compte le montant des cotisations résultant de mon adhésion au régime optionnel facultatif et/ou à l'extension des garanties à mes ayants droit si celle-ci est facultative.

Sauf demande expresse écrite, tous les relevés de prestations sont adressés à l'adhérent et les paiements sont effectués sur le compte bancaire désigné par le RIB.

Je reconnais avoir reçu, préalablement à l'adhésion, les statuts et notice d'information de la Mutuelle et en accepter les dispositions. Je certifie exacts les renseignements donnés et reconnais que toute réticence ou fausse déclaration entraînerait les sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

Fait à : _____ Le : __ / __ / ____

Signature du salarié

