

DECLARATION D'AFFILIATION D'UN SALARIE AUX CONTRATS COLLECTIFS D'ENTREPRISE

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

Forme juridique : _____ Raison sociale : _____
Enseigne : _____
Siret: _____ Code NACE : _____
Adresse du siège social : _____
Téléphone : _____ Télécopie : _____ E. mail : _____

IDENTIFICATION DU SALARIE

ETAT CIVIL

N° de sécurité sociale : _____
NOM-Prénom _____ NOM DE JEUNE FILLE _____
Né(e) le : _____ à _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone : _____ E.mail : _____

DATE D'ENTREE DANS L'ENTREPRISE

Catégorie actuelle : Non cadre (personnel ne relevant pas des art. 4 & 4 bis et le l'art. 36 de la CCN du 14/03/1947)
 Cadre (personnel relevant pas des art. 4 & 4 bis et le l'art. 36 de la CCN du 14/03/1947)

FAIT A
LE

Signature & cachet de l'entreprise

CONDITIONS DE COUVERTURE SANTE DU SALARIE

Le salarié est affilié à la complémentaire santé en date du _____ pour les garanties du contrat collectif obligatoire d'entreprise des salariés et, le cas échéant, pour les garanties surcomplémentaires si celles-ci ont été souscrites par son employeur.
L'adhésion prend effet au plus tôt au premier jour du mois civil qui suit la réception du présent bulletin d'affiliation.

DESIGNATION DES BENEFICIAIRES DES GARANTIES AUTRES QUE LE SALARIE

Les personnes désignées ci-dessous bénéficient des mêmes garanties que le salarié couvert telles que souscrites par l'entreprise au titre du :

- Contrat collectif obligatoire
 Contrat collectif surcomplémentaire facultatif

Situation de famille	Nom de naissance	Prénom	Date de naissance	H/F	N° de sécurité sociale

NB : la cotisation dépend du nombre de bénéficiaires couverts par le contrat et de l'âge de chacun.

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE PAR LE SALARIE (indispensables à son affiliation)

Pour le salarié et chaque bénéficiaire : 1 copie de l'attestation établie par le R.O.
Pour le paiement des prestations au salarié : 1 R.I.B.
Pour chaque enfant à charge âgé de 21 à 25 ans, une attestation justifiant de leur situation (scolarisé, étudiant, demandeur d'emploi non indemnisé, ...)

SIGNATURE

J'autorise OCEANE SANTE à transmettre à la caisse primaire d'assurance maladie toute information me concernant.

FAIT A
LE

Le salarié
"lu et approuvé"
signature