

BULLETIN DE SOUSCRIPTION D'UN CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE INDIVIDUEL FRAIS DE SANTE

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE AYANT SOUSCRIT LE CONTRAT COLLECTIF SOCLE OBLIGATOIRE

N° contrat collectif obligatoire d'entreprise complémentaire santé souscrit par l'employeur : _____
Forme juridique : _____ Raison sociale : _____
Enseigne : _____
Siret: _____

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

SOUSCRIPTION & CHOIX DES GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES PAR LE SALARIE

DATE D'EFFET

L'adhésion prend effet au plus tôt au premier jour du mois civil suivant la réception du présent bulletin de souscription.

CHOIX DU NIVEAU DE GARANTIE SURCOMPLEMENTAIRE

Je demande à souscrire

Grand bleu Pro pour moi-même
 Océanissimo Pro pour moi-même et mes ayants droits listés ci-dessous

Pour bien remplir ce bulletin de souscription vous devez impérativement connaître la garantie collective souscrite par votre employeur. Le choix de votre régime individuel vient en complément de celui dont vous bénéficiez au sein de votre entreprise.

DESIGNATION DES BENEFICIAIRES AUTRES QUE LE SALARIE (personnes à charge)

Les personnes désignées ci-dessous bénéficient des mêmes garanties santé que le salarié couvert.

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.
Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la grille des prestations et des tarifs en vigueur à ce jour.

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 le paiement des cotisations : 1 mandat SEPA complété et signé.
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.

Le signataire reconnaît avoir pris connaissance des statuts, du règlement mutualiste, des informations relatives aux garanties souscrites et s'engage à s'y conformer. Il déclare avoir disposé d'un délai de réflexion de 14 jours avant d'adhérer.
Le signataire a noté que son adhésion prend effet le _____ pour se terminer le 31 décembre de l'année en cours. Elle sera renouvelée par tacite reconduction d'année civile en année civile.
La demande de démission doit être donnée par courrier recommandé avant le 31 octobre de l'année en cours.
Aucune radiation n'est accordée en cours d'année civile à l'exception des cas prévus par la loi. Le signataire s'engage à communiquer à la

FAIT A
LE

Le salarié
"lu et approuvé"
signature