

NOUS CONTACTER

LAVIS LONCELLE
8 ZI RHONE VALLEE SUD
07250 LE POUZIN
☎ 0475638284

**Assurance et Banque****BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHÉSION
SANTÉ ENTREPRISE****A COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR**

Raison sociale de l'entreprise :

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> FREGATE | <input type="checkbox"/> FREGATE AERO | <input type="checkbox"/> FREGATE AERO SUD | <input type="checkbox"/> FREGATE ENERGIE |
| <input type="checkbox"/> FREGATE MECA | <input type="checkbox"/> MAPE RGA | <input type="checkbox"/> TFCM | <input type="checkbox"/> ETABLISSEMENTS VIOT |

Groupe assuré : Ensemble du personnel

Date d'entrée dans l'entreprise ou le collège : / /

N° du Contrat complémentaire : 225896741

N° du Contrat surcomplémentaire : 284137962

Date d'effet des contrats : 01 01 2026

Date d'adhésion du salarié au contrat : / /

À COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT

Nom d'usage (majuscule) ☐ M. ☐ Mme : Prénom :

E-mail :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° de Sécurité sociale :

Régime : ☐ Général ☐ Alsace Moselle

Situation de l'adhérent : ☐ Marié ☐ Célibataire, veuf, divorcé ☐ PACS ou concubinage

Téléphone :

À COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT : LES BÉNÉFICIAIRES**MEMBRES DE LA FAMILLE BÉNÉFICIAIRES DU CONTRAT FRAIS DE SANTÉ**

| NOM/PRÉNOM | DATE DE NAISSANCE | N° DE SÉCURITÉ SOCIALE UTILISÉ POUR LES REMBOURSEMENTS | |
|---|--|--|---------|
| Le conjoint, concubin(e) ou partenaire PACS | Pour refuser la télétransmission avec la Sécurité sociale, cocher la case NON ⁽¹⁾ | <input type="text"/> | Oui Non |
| Les enfants à charge | Pour refuser la télétransmission avec la Sécurité sociale, cocher la case NON ⁽¹⁾ | <input type="text"/> | Oui Non |
| | | <input type="text"/> | |
| | | <input type="text"/> | |
| | | <input type="text"/> | |
| | | <input type="text"/> | |

(1) Si le bénéficiaire adhère déjà à une autre complémentaire Santé avec laquelle il souhaite maintenir la transmission automatique de ses remboursements Sécurité sociale, la case NON doit être cochée. Dans ce cas les décomptes de la complémentaire devront nous être transmis si des frais subsistent à votre charge. A défaut nous mettrons en place la télétransmission pour ce contrat.

Documents à joindre obligatoirement par l'adhérent pour lui-même et pour chacun des bénéficiaires : Une photocopie de l'attestation d'assurance maladie en cours de validité et

- pour l'adhérent : le relevé d'identité bancaire, postal ou caisse d'épargne,
- pour les conjoints et les enfants : une photocopie du livret de famille,
- pour les concubins : un justificatif de domicile commun,
- pour les partenaires de PACS : une copie du Pacte Civil de solidarité,
- pour les enfants majeurs : une photocopie du certificat de scolarité de l'année scolaire en cours, l'historique primo demandeur d'emploi ou la copie du contrat de Service civique,
- pour les personnes handicapées : une photocopie de leur carte d'invalidité civil et un justificatif de versement de l'allocation adulte handicapé,
- pour les ayants droit ne figurant pas en tant que bénéficiaires sur l'Attestation des droits à l'assurance maladie : une photocopie du livret de famille.

Vos remboursements de frais de santé s'effectueront exclusivement par virement bancaire, aucun autre mode de remboursement ne sera proposé. Chaque bénéficiaire souhaitant obtenir ces remboursements sur son propre compte bancaire doit nous communiquer son relevé bancaire, postal ou caisse d'épargne.

CHOIX DE L'OPTION

Vous pouvez faire le choix de compléter l'étendue de vos garanties prévues par votre contrat socle obligatoire :

Ces garanties vous sont décrites dans la Notice associée.

Les cotisations associées se rajoutent à celles de votre contrat socle obligatoire. Elles seront payables mensuellement d'avance et prélevées sur votre compte courant dont les coordonnées sont à nous indiquer sur le mandat SEPA joint.

| Votre choix | <input type="checkbox"/> Option 1 |
|--|-----------------------------------|
| par assuré sans ayant droit | 0,41 % PMSS |
| par assuré avec un ayant droit | 0,64 % PMSS |
| par assuré avec plusieurs ayants droit | 1,08 % PMSS |

Tarif mensuel valable à la souscription, susceptible d'évoluer chaque année.

LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

En complément de la Notice d'information et de sa section relative aux données personnelles, je suis informé(e) qu'AXA France peut utiliser mes informations pour promouvoir ses offres d'assurance, banque et assistance. Je peux m'y opposer en cochant la case ci-contre. ☐

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex).

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent précédée de la mention « lu et approuvé »

Cachet de l'entreprise