



## BULLETIN D'AFFILIATION - MAINTIEN DE LA COUVERTURE SANTÉ - ADHESION PRC SANTE

Inscription

**OU** Modification concernant :  Vos Garanties  Vous  Vos Bénéficiaires

À effet du :  /  /

Nom de l'établissement : .....

Situation :  Retraité  Licencié  Invalide rompu  Ayant droit d'un assuré décédé

Structure de cotisations :  Adulte  Enfant

Régime :  Régime général  Régime local

### VOS GARANTIES

L'adhésion au régime est facultative, la cotisation sera à votre charge et prélevée sur votre compte bancaire par VIVINTER.

**Cotisations** : Conformément au Décret du 21/03/2017, les cotisations de la 1ère année sont maintenues à un niveau équivalent à celui en vigueur au sein de l'entreprise. A compter de la 2ème année, les cotisations sont majorées de 25% et de 50% à compter de la 3ème année. A compter de la 4ème, les cotisations seront indexées en fonction des résultats du contrat des anciens salariés.

**A noter** : **En adhérent à cette association, 1 € vous sera prélevé en plus par mois pour les frais liés à PRC Santé**

NB : pour le prélèvement de la cotisation, merci de compléter et signer le mandat SEPA ci-joint.

### VOUS

Merci de compléter les champs ci-dessous en MAJUSCULE

N° de Sécurité sociale\* :  N° de Matricule\* :

Nom\* :  Prénom\* :

Nom de Naissance :  Date de Naissance\* :  /  /

Adresse\* : N°  BIS/TER  Nom de Voie

Code Postal  Ville

⚠ Adresse E-mail\* :

Votre adresse e-mail est indispensable pour télécharger votre carte de tiers payant à partir de votre Espace Assuré et sur votre application mobile.

Téléphone Mobile\* :  Organisme d'Affiliation\*(1) :

Cochez si vous bénéficiez de la télétransmission NOEMIE auprès d'une autre mutuelle (autre organisme complémentaire que celui souscrit par votre employeur)

Votre Carte de Tiers Payant : 

Après votre première connexion, vous devrez télécharger et imprimer votre carte de tiers payant depuis votre Espace Assuré sur le site [www.vivinter.fr](http://www.vivinter.fr)  
Votre carte de tiers payant pourra également être téléchargée sur votre application mobile.

\*Champs obligatoires

(1) Cette donnée figure sur votre attestation de Sécurité sociale (cf. page 3)



## VOS BÉNÉFICIAIRES

### Conjoint

N° de Sécurité sociale\* :

Nom\* :

Date de Naissance\* :

Prénom\* :

Organisme d'Affiliation\*(1) :

Cochez si vous bénéficiez de la télétransmission NOEMIE auprès d'une autre mutuelle\* :

### Enfant 1

N° de Sécurité sociale\* :

Nom\* :

Date de Naissance\* :

Prénom\* :

Organisme d'Affiliation\*(1) :

Cochez si vous bénéficiez de la télétransmission NOEMIE auprès d'une autre mutuelle\* :

Rang Laser\*(1) :

### Enfant 2

N° de Sécurité sociale\* :

Nom\* :

Date de Naissance\* :

Prénom\* :

Organisme d'Affiliation\*(1) :

Cochez si vous bénéficiez de la télétransmission NOEMIE auprès d'une autre mutuelle\* :

Rang Laser\*(1) :

### Enfant 3

N° de Sécurité sociale\* :

Nom\* :

Date de Naissance\* :

Prénom\* :

Organisme d'Affiliation\*(1) :

Cochez si vous bénéficiez de la télétransmission NOEMIE auprès d'une autre mutuelle\* :

Rang Laser\*(1) :

### Enfant 4

N° de Sécurité sociale\* :

Nom\* :

Date de Naissance\* :

Prénom\* :

Organisme d'Affiliation\*(1) :

Cochez si vous bénéficiez de la télétransmission NOEMIE auprès d'une autre mutuelle\* :

Rang Laser\*(1) :

Si vous avez plus de 4 enfants, veuillez réimprimer cette page afin de les ajouter.

## FINALISEZ VOTRE AFFILIATION

Date (JJ/MM/AAAA) :

/  /

Signature obligatoire :

Fait à :



**LISTE DES DOCUMENTS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT  
À VOTRE BULLETIN D’AFFILIATION :**

Afin de pouvoir bénéficier du régime santé de l’entreprise et télécharger au plus vite votre carte de tiers payant en ligne, joindre les documents suivants :

- Un relevé d’identité bancaire (RIB) au format BIC / IBAN
- Le mandat SEPA
- Les copies de votre attestation de droits Sécurité sociale et celles de vos bénéficiaires ayant leur propre numéro de Sécurité sociale (disponible auprès de votre CPAM ou sur votre compte AMELI)
- Les justificatifs ci-dessous pour vos bénéficiaires (selon leur situation)



Numéro de l'assuré  
Nom de l'assuré

**Attestation de droits à l'assurance maladie**  
Valable du 21/02/2019 au 20/02/2020 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

organisme de rattachement sécurité sociale	code gestion	n° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	modulation du ticket modérateur
01 951 9501	10		
Bénéficiaire(s) nom de famille: suivi d'un éventuel nom d'usage		n° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information)	ndj) étranger
a déclaré un médecin traitant			1

Code organisme d’Affiliation      Rang Laser

VOS BÉNÉFICIAIRES	JUSTIFICATIF(S) À FOURNIR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conjoint, concubin, ou Pacsé salarié ou relevant du régime agricole ou d’un autre régime</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attestation de droits Sécurité sociale du conjoint, du concubin ou du Pacsé en cours de validité.</li> <li><b>Si ce document ne mentionne pas l’adresse ou le même nom de famille :</b></li> <li>• Copie d’un justificatif de domicile commun (EDF...)</li> <li>• Copie du contrat de Pacs</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfant de moins de 18 ans ayant droit de l’Assuré ou de son conjoint ou de son concubin ou Pacsé, au sens défini par la Sécurité sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attestation de droits Sécurité sociale de l’assuré ou celle de son conjoint, de son concubin ou Pacsé, en cours de validité</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfant de moins de 28 ans à la recherche d’un premier emploi</li> <li>• Enfant de moins de 28 ans sous contrat d’apprentissage</li> <li>• Enfant de moins de 28 ans sous contrat de professionnalisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notification de décision POLE EMPLOI</li> <li>• Copie du contrat de travail d’apprentissage</li> <li>• Copie du contrat de professionnalisation</li> <li><b>Et dans tous les cas, joindre :</b></li> <li>• Attestation de droits Sécurité sociale de l’enfant, en cours de validité</li> <li><b>Si le nom est différent de celui du salarié :</b> Livret de famille régulièrement tenu à jour</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfant handicapé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attestation de droits Sécurité sociale de l’enfant, en cours de validité</li> <li>• Copie de la carte d’invalidité prévue à l’article 173 du Code de la Famille</li> <li>• Copie de la notification de l’allocation “Adulte Handicapé”</li> <li><b>Si le nom est différent de celui du salarié :</b> Livret de famille régulièrement tenu à jour</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfant étudiant, âgé de moins de 28 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attestation de droits Sécurité sociale de l’enfant, en cours de validité</li> <li>• Certificat de scolarité ou la carte d’étudiant de l’année en cours</li> <li><b>Si le nom est différent de celui du salarié :</b> Livret de famille régulièrement tenu à jour</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfant à charge fiscale, âgé de moins de 21 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attestation de droits Sécurité sociale de l’enfant, en cours de validité.</li> <li>• Copie du dernier avis d’imposition du salarié</li> <li>• Livret de famille régulièrement tenu à jour</li> </ul>



**Vous changez d’adresse ? De R.I.B ? Rendez-vous sur votre espace assuré,  
rubrique « Situation » sur : [www.vivinter.fr](http://www.vivinter.fr)**

**Cadre réservé à SIACI SAINT HONORE**

**Référence unique du mandat :**

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SIACI SAINT HONORE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SIACI SAINT HONORE. Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations ci-dessous sont obligatoires et nécessaires à votre créancier afin de mettre en œuvre le mandat de prélèvement européen. Conformément à la réglementation en matière de protection des données personnelles applicable dans votre pays, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification portant sur les données personnelles vous concernant, ainsi que celui de vous opposer à leur traitement, sous réserve de justifier d'un motif légitime (si exige par la loi applicable dans votre pays). Pour exercer ces droits, vous pouvez vous référer au contrat conclu avec votre créancier.

### LE DÉBITEUR

N° de Sécurité sociale\* :

Nom\* :  Prénom\* :

Nom de Naissance :  Date de Naissance\* :  /  /

Adresse\* : N°  BIS/TER  Nom de Voie

Code Postal  Ville

Pays

### COORDONNÉES BANCAIRES

Domiciliation\* :

*Cette information est indiquée sur votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB) sous le champs « Domiciliation »*

Titulaire du compte :

BIC\* :

IBAN\* :

### TYPE DE PAIEMENT

Paiement :  Annuel  Semestriel  Trimestriel  Mensuel

### LE CRÉANCIER

**SIACI SAINT HONORE**  
**Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch**  
**75815 Paris CEDEX 17 - FRANCE**

Identifiant du créancier : **FR40ZZZ408436**

### SIGNATURE

Date (JJ/MM/AAAA) :  /  /

Fait à :

Signature\* :

*\*Champs obligatoires*