NOUS CONTACTER

M NICOLAS LAURENT 6 RUE FREDERIC BASTIAT 75008 PARIS

Votre choix

par assuré avec ou sans ayant droit

© 0147540404



BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHÉSION SANTÉ ENTREPRISE

À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR		
Raison sociale de l'entreprise : HIGHSKILL Groupe assuré : Ensemble du personnel N° du Contrat complémentaire : 284018642 N° du Contrat surcomplémentaire : 284018662 Date d'adhésion du salarié au contrat : Date d'entrée dans l'entreprise ou le collège : Date d'entreprise ou le collège : Date d'entre		
À COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT		
Nom d'usage (majuscule)		
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⁾ Oui Non Pour refuser la télétransmission avec la Sécurité sociale, cocher la case NON ⁽¹⁾ Pour refuser la télétransmission avec la Sécurité sociale, cocher la case NON ⁽¹⁾ Oui Non Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la case NON ⁽¹⁾ Oui Non Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la case NON ⁽¹⁾ Oui Non Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la case NON ⁽¹⁾ Oui Non Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la case NON ⁽¹⁾ Oui Non Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la case NON ⁽¹⁾ Oui Non Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la case NON ⁽¹⁾ Oui Non Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la case NON ⁽¹⁾ Oui Non Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la case NON ⁽¹⁾ Oui Non Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la case NON ⁽¹⁾ Oui Non Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la case NON ⁽¹⁾ Oui Non Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la case NON ⁽¹⁾ Oui Non Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la case NON ⁽¹⁾ Oui Non Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la case NON ⁽¹⁾ Oui Non Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la case NON ⁽¹⁾ Oui Non Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la case NON ⁽¹⁾ Oui Non Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la case NON ⁽¹⁾ Oui Non Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la case NON ⁽¹⁾ Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la Case NON ⁽¹⁾ Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la Case NON ⁽¹⁾ Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la Case NON ⁽¹⁾ Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la Case NON ⁽¹⁾ Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la Case NON ⁽¹⁾ Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la Case NON ⁽¹⁾ Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la Case NON ⁽¹⁾ Diametrical de la Sécurité sociale, cocher la Case NON		
(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 ou l'historique primo demandeur d'emploi, ■ pour les personnes handicapées : une photocopie de leur carte d'invalide 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.		
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.		

☐ Option 1

12,68€

☐ Option 2

30,50€

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	