

NOUS CONTACTER

M NICOLAS LAURENT
 6 RUE FREDERIC BASTIAT
 75008 PARIS
 ☎ **0147540404**



Assurance et Banque

**BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHÉSION
 SANTÉ ENTREPRISE**

À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

Raison sociale de l'entreprise : GENIUS HOLDING

Groupe assuré : Ensemble du personnel

N° du Contrat complémentaire : 284170840

N° du Contrat surcomplémentaire : 284170860

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

Date d'effet du contrat : 01 01 2023

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 :

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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Les enfants à charge	Pour refuser la télétransmission avec la Sécurité sociale, cocher la case NON ⁽¹⁾ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(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'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.

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	<input type="checkbox"/> Option 2
par assuré avec ou sans ayant droit	12,68 €	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

