

BULLETIN D'AFFILIATION AUX RÉGIMES FRAIS DE SANTÉ obligatoires (socle de base conventionnel et surcomplémentaire option 1) et facultatif (surcomplémentaire option 2)

Société : _____

Date d'embauche : _____ Date d'adhésion (obligatoire) : _____

Vos garanties

- Vous bénéficiez du régime Frais de Santé socle de base conventionnel et du régime surcomplémentaire option 1.
- Vous avez la possibilité d'adhérer au régime surcomplémentaire option 2 :
Souhaitez-vous y adhérer ? OUI NON

Salarié(e)

Nom – prénom : _____ Date de naissance : _____
 N° Sécurité sociale : _____
 Nom de jeune fille pour les femmes mariées : _____
 Adresse précise : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 N° téléphone portable : _____ N° téléphone : _____
 Je souhaite recevoir des informations (ex. : remboursements significatifs) par SMS : Oui Non
 E-mail : _____

Verspieren utilise l'adresse e-mail pour l'envoi d'informations relatives aux remboursements et au contrat d'assurance, et s'engage à ne communiquer vos coordonnées à aucun organisme extérieur.

Situation de famille : Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Célibataire Vie maritale PACS
Télétransmission avec votre caisse primaire d'assurance maladie (si aucune case n'est cochée, la connexion sera établie).
 J'accepte la connexion Je n'accepte pas la connexion (je n'ai donc pas de carte de tiers-payant)

Conjoint(e)-concubin(e) à inscrire au contrat (cotisation additionnelle- cf au verso)

Le salarié souhaite faire adhérer son conjoint : _____ Oui Non

Nom – prénom : _____ Date de naissance : _____
 N° Sécurité sociale : _____
 Nom de jeune fille pour les femmes mariées : _____
 Votre conjoint/concubin conservera-t-il sa propre complémentaire santé (en plus de celles gérées par Verspieren) à la date de votre adhésion au contrat santé ? Oui Non

- **Si oui**, il ne peut bénéficier des remboursements par envoi automatique à Verspieren, ni du tiers-payant. Le remboursement sera effectué sur présentation du décompte original de sa première mutuelle accompagné des éventuelles factures.
- **Si non**, il bénéficiera de la télétransmission et du tiers-payant.

Enfant(s) à charge à inscrire au contrat

Nom et prénom	Sexe	Date de naissance	N° Sécurité sociale	Rattach ^t SS*	
				Père	Mère
			_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour tout enfant supplémentaire, merci de remplir un deuxième bulletin ou d'utiliser un papier libre.

*SS = Sécurité sociale

Cotisations des adhésions facultatives

Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations du salarié. Elles sont à la charge exclusive du salarié sous réserve de dispositions plus favorables retenues par l'entreprise par l'un des modes de mise en œuvre prévus par l'article L.911-1 du code de la Sécurité sociale (accord collectif, décision unilatérale,...).

Cotisation participant en euros	du	SOCLE DE BASE CONVENTIONNEL		OPTION 1	OPTION 2
		Régime général	Régime Alsace-Moselle		
Salarié + enfants à charge adhésion facultative sur option 1 obligatoire					+ 14 euros
Conjoint		+ 34 euros	+ 22 euros	+ 8 euros	+ 18 euros

Les cotisations seront prélevées mensuellement le 10 de chaque mois.

Pièces à joindre obligatoirement

- Un RIB.
- Une copie de l'attestation Vitale de l'assuré/du conjoint/des enfants.
- En cas de vie maritale, une attestation sur l'honneur de vie commune et un justificatif de domicile commun (hors facture mobile).
- En cas de PACS, une copie du PACS.
- Pour les enfants de plus de 18 ans, un certificat de scolarité.

Salarié : Je certifie avoir pris connaissance des informations précisées au verso. La notice d'information me sera remise par mon employeur.

Je reconnais avoir été informé(e) qu'en regard aux informations contenues dans le présent document, je dispose du droit d'accès et de rectification prévu par la loi du 06/01/78 relative à l'informatique et aux libertés. Ces informations peuvent être communiquées à toutes les personnes intervenant à titre professionnel dans la gestion et l'exécution du contrat d'assurance.

Société : Je soussigné, certifie que le salarié ci-dessus désigné, fait partie des effectifs de la société à la date de signature du présent bulletin.

Fait à : _____

Le : _____

Signature du salarié

Cachet de l'entreprise
(obligatoire)

Conseils pratiques

- Dès l'enregistrement de votre adhésion, vos codes d'accès au site Visalta salarié vous sont envoyés par e-mail ou par courrier (découvrez-y les nombreux services en lignes proposés).
- Pour bénéficier des services et remboursements, j'informe Verspieren de tout changement d'adresse par courrier ou directement sur l'extranet Visalta (rubrique : Mon profil). J'envoie à Verspieren la copie de l'attestation Vitale en cas de changement de caisse d'assurance-maladie. Cette attestation est téléchargeable sur le site www.ameli.fr
- Vous pourrez connaître la situation de la télétransmission en vous connectant à notre extranet Visalta (visalta.verspieren.com) ou sur le site de la Sécurité sociale (assure.ameli.fr).
- Je bénéficie des garanties par le biais de mon employeur. En cas de rupture du contrat de travail (hors dispositions particulières), je ne serai plus couvert et ne pourrai plus utiliser ma carte de tiers-payant Verspieren. Je devrai la retourner à mon employeur ou à Verspieren. Il me sera demandé de rembourser les sommes éventuellement perçues à tort.

Pour celles et ceux qui attendent leur carte de tiers-payant 2016, Verspieren met tout en œuvre pour que les cartes soient envoyées avant la fin d'année.

Un duplicata de votre carte sera disponible sur visalta.verspieren.com !

Coordonnées Verspieren

Courrier :

Service Adhésions
Assurances de personnes
1, avenue François-Mitterrand
BP 30200
59446 Wasquehal Cedex
Téléphone : 03 20 45 33 33
E-mail : adp@verspieren.com
Site web de vos frais de santé : visalta.verspieren.com

Le bulletin d'affiliation est à renvoyer impérativement à votre employeur.

VERSPIEREN – Tous droits réservés. N °Orias : 07 001 542 – www.oriass.fr – FR MC 002

Humanis Prévoyance – Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale – Siège social : 29 boulevard Edgar Quinet 75014 Paris