

ADHESION MODIFICATION

SOCIETE (informations à compléter par l'entreprise)

Société : Statut : Ensemble du personnel

Date d'affiliation au contrat : / /

ASSURE (informations à compléter par le salarié)

NOM : Prénom : Date de naissance : / /

NOM DE NAISSANCE : Ville de naissance :

N° de sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse : Téléphone portable: | | | | | | | | | | | |

Code postal: | | | | | | Ville : Téléphone fixe: | | | | | | | | | | | |

Adresse mail : Je souhaite recevoir les alertes remboursements & les décomptes par e-mail

Merci de cocher l'option choisie :

Régime de base

SUR COMPLEMENTAIRE

BENEFICIAIRES DU CONTRAT (informations à compléter par le salarié)

Je souhaite étendre les garanties aux membres de ma famille ci-après :
J'ai noté qu'ils seront couverts au même niveau de garanties que moi-même

	Noms & Prénoms	Date de naissance	N° sécurité sociale
Conjoint ou concubin			
1 ^{er} Enfant			
2 ^{ème} Enfant			
3 ^{ème} Enfant			

TELETRANSMISSION ENTRE LA SECURITE SOCIALE ET BALOO (informations à compléter par le salarié)

J'accepte que mon centre de sécurité sociale transmette directement mes décomptes de remboursement à baloo :

Oui Non (car je bénéficie de la complémentaire santé de mon conjoint / concubin / pacsé)

Si oui, je souhaite également en faire bénéficiaire :

1 – mon conjoint / concubin / pacsé Oui Non (car il bénéficie de sa propre complémentaire santé)

2 – mes enfants Oui Non (car ils bénéficient de la complémentaire santé de mon conjoint / concubin / pacsé)

Si vous cochez NON, il conviendra de nous faire parvenir les originaux des décomptes de la complémentaire santé de votre conjoint / concubin / pacsé.

DOCUMENTS A JOINDRE IMPERATIVEMENT

- o Copie(s) de votre attestation vitale, celle de votre conjoint(e) ou concubin(e) & de vos enfants en vigueur
- o Pour le concubin, pacsé : copie du pacs ou justificatif de domicile commun
- o Pour les enfants de 18 ans et + : certificat de scolarité ou copie contrat d'apprentissage / qualification ou tout autre justificatif de situation
- o Un relevé d'identité bancaire (compte courant personnel de l'assuré ou compte joint)

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document, m'engage à signaler toute modification et à restituer en cas de cessation de l'assurance les attestations de tiers payant qui m'auront été transmises.

Je déclare avoir été informé(e) que les réponses et informations fournies par le présent document valent acceptation de la procédure d'échange des données avec la Sécurité sociale en respect de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et qu'il m'est possible d'exercer mon droit d'accès et de rectification des informations me concernant en m'adressant à : baloo 118, rue Roger Mathurin - CS 10160 – 13395 Marseille Cedex 10.

Signature du Salarié

Fait à :

Le : / /

Cachet de l'entreprise