

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION FRAIS DE SANTE
Cadre réservé à l’employeur

SOCIETE **Contrat N°** **Date d’effet du contrat**

Adhésion - Date d’entrée **C.D.D. - Date d’entrée** **Date de fin**

Modification - Date **Motif :**

Radiation - Date **Motif :**

Catégorie professionnelle : **Cadre** **Non cadre** **Autre - à préciser**

Assuré (e)

Nom **Prénom**

(texte en majuscules) *(texte en majuscules)*

Date de naissance **N° de Sécurité Sociale**

Adresse

Code postal **Ville**

Situation de famille : **Célibataire** **Veuf** **Divorcé** **Marié** **Concubin**

Régime complémentaire Maladie **Assuré** **Conjoint / Concubin** **Enfant(s)**

Composition de la famille à affilier

	Nom / Prénom	Date de Naissance	N° Sécurité Sociale
Conjoint / Concubin*	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Enfant à charge	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Enfant à charge	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Enfant à charge	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Enfant à charge	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Enfant à charge	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Je souhaite bénéficier (ainsi que ma famille, le cas échéant) du système de télétransmission des prestations santé **Oui** **Non**

Documents à joindre IMPERATIVEMENT

- * Certificat de concubinage ou attestation sur l’honneur de vie commune accompagné (e) d’un justificatif de domicile
- Copie de l’attestation jointe à la carte VITALE de chaque bénéficiaire ayant son propre numéro de Sécurité Sociale (validité en cours). Le numéro de Sécurité Sociale des enfants est celui du parent auquel ils sont rattachés.
- Certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans
- Relevé d’identité bancaire ou postal

Certifié exact

Fait à **le**

Signature de l’assuré(e)

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Cachet de l’entreprise

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 cartes ou attestations de prise en charge (tiers payant) qui m’auront été transmises tant pour moi-même que pour des membres de ma famille.

AON Conseil & Courtage