

FRAIS DE SANTÉ – MAGASIN U – R3

Régime général

A RETOURNER A VOTRE SERVICE DU PERSONNEL

INSCRIPTION : date d'effet :/...../.....
 MODIFICATION : date d'effet :/...../.....
 RADIATION : date d'effet :/...../.....

A RENSEIGNER PAR L'ENTREPRISE

Raison sociale de l'entreprise :

Numéro de SIREN / SIRET :

SALARIE A ASSURER A TITRE OBLIGATOIRE (A RENSEIGNER PAR LE SALARIE)

Nom : Nom de jeune fille : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

N° de sécurité sociale : Statut : Cadre / Non Cadre

Situation de famille : Marié Divorcé Veuf Célibataire Union libre Pacsé

Adresse e-mail :@..... ☎ :

(Pour l'envoi des décomptes de prestations par mail)

SOUSCRIPTION DE LA GARANTIE A VOTRE FAMILLE

Extension des garanties aux membres de ma famille

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.

BENEFICIAIRES AYANTS-DROIT

Inscription(I) Modification (M)	Date d'effet	Ayants-droit	Nom - Prénom	Date de naissance	Sexe	N° Sécurité sociale	Rattachement Sécurité sociale de l'enfant
/...../.....	Conjoint Concubin PACS	/...../.....			
/...../.....	Enfants (ou personne à charge) au-delà du 4 ^{ème} enfant utiliser un nouveau bulletin	/...../.....			Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/>
/...../.....		/...../.....			Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/>
/...../.....		/...../.....			Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/>
/...../.....		/...../.....			Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/>

Si vous-même ou vos ayants-droit ne souhaitez pas bénéficier de la télétransmission avec HémOS Santé, merci de préciser leurs noms et prénoms.

DOCUMENTS A JOINDRE (obligatoirement)

Qualité du bénéficiaire	Pièces justificatives à fournir au centre de gestion
Assuré principal (salarié)	Copie de l'attestation de droits au régime obligatoire + Relevé d'Identité Bancaire
Conjoint (marié)	Copie de l'attestation de droits au régime obligatoire
Partenaire de PACS ou concubin	Copie de l'attestation de droits au régime obligatoire + copie du PACS ou justificatif de domicile commun (facture EDF, téléphone...) ou attestation sur l'honneur de vie commune
Enfant jusqu'à 21 ans	Copie de l'attestation de droits au régime obligatoire du ou des parent(s) auquel(s) il est rattaché
Enfant majeur entre 21 ans et 28 ans	Copie de l'attestation de droits au régime obligatoire + certificat de scolarité ou copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou attestation de non indemnisation de France Travail + Avis d'imposition stipulant que l'enfant est fiscalement à charge de l'assuré
Enfant handicapé	Copie de l'attestation de droits au régime obligatoire + attestation de versement d'une allocation adulte handicapé ou copie de la carte d'invalidité
Ascendant de l'assuré à charge fiscale de ce dernier	Copie de l'attestation de droits au régime obligatoire + avis d'imposition stipulant que l'ascendant est fiscalement à charge de l'assuré + pièce



Votre affiliation au régime entreprise

Ce dernier est obligatoire. Les cotisations afférentes à ce régime sont calculées par votre employeur et elles sont prises en compte dans votre feuille de paie. Votre employeur reverse ces cotisations à Hémossanté, qui est le gestionnaire de votre régime complémentaire Santé.

Si vous souhaitez étendre les garanties aux membres de votre famille, cochez la case indiquant « **Je souhaite étendre les garanties aux membres de ma famille... »** ».

LECTURE DU TARIF (mensuel)

Vous souscrivez pour vous seul et pour votre famille:

FAMILLE <i>(y compris cotisation "salarié")</i>	Base R3*
	156,92 €

* Y compris participation employeur

<p>Je soussigné....., certifie exactes et sincères les réponses données ci-dessus.</p> <p>Fait à, le</p> <p style="text-align: center;">Signature :</p>	<p>Cachet et signature de l’employeur</p>
---	--