

## FRAIS DE SANTÉ – Régime de base – MAGASIN U

### 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 des prestations par mail)

### SOUSCRIPTION DES OPTIONS FACULTATIVES ET/OU EXTENSION DE LA GARANTIE A VOTRE FAMILLE

<b>Régime optionnel facultatif</b> (renfort des garanties socle)	Je souhaite compléter ma couverture avec : <input type="checkbox"/> l'option R1 <input type="checkbox"/> l'option R2 <input type="checkbox"/> l'option R3
<b>Extension des garanties aux membres de ma famille</b>	<input type="checkbox"/> 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.

Les cotisations supplémentaires des régimes optionnels et/ou base avec ayants droit seront à votre charge et seront prélevées par mois sur votre compte bancaire.

### BENEFICIAIRES AYANTS DROIT

Inscription(l) 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 <sup>ème</sup> 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 Hémus 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



- Le mandat de prélèvement SEPA est OBLIGATOIRE si vous avez choisi une option et/ou l'affiliation de vos ayants droit.

**Important :** Si le mandat de prélèvement SEPA et le relevé d'identité bancaire ne sont pas joints au bulletin d'affiliation ou si le mandat est incomplet, votre demande éventuelle de souscription d'une option et/ou d'affiliation de vos conjoint/enfants sera considérée comme irrecevable.

Dans ce cas, vous bénéficiez uniquement de la couverture de base obligatoire prévue par votre contrat.

En cas de non-paiement, une mise en demeure vous sera adressée et à l'issue du délai réglementaire, l'ensemble des éventuelles couvertures facultatives souscrites sera résilié.

### COMMENT COMPLETER VOTRE BULLETIN D’AFFILIATION ?

#### Votre affiliation au régime de base entreprise

Ce dernier est obligatoire. Les cotisations afférentes à ce régime de base 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 souscrivez une option facultative pour compléter votre couverture

Vous pouvez souscrire, à titre personnel, à des garanties optionnelles qui améliorent votre couverture santé en complétant les prestations du régime de base obligatoire.

Si vous souhaitez souscrire à une option, cochez la case indiquant « **je souhaite compléter ma couverture avec ...** ».

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...** ».

**Les cotisations propres à ces options sont à votre charge : elles seront prélevées chaque mois, à terme d'avance, sur votre compte bancaire. Nous vous remercions de joindre le mandat SEPA et un relevé d'identité bancaire à votre bulletin d'affiliation.**

### LECTURE DU TARIF (mensuel)

#### Vous souscrivez pour vous seul :

SALARIÉ	Base R0*	+	Option R1**	OU	Option R2**	OU	Option R3**
	25,82 €		21,89 €		39,90 €		65,75 €

#### Vous souscrivez pour vous et votre/vos ayant(s) droit :

FAMILLE FACULTATIVE (y compris cotisation "salarié")	63,27 €	+	51,79 €	OU	100,66 €	OU	150,06 €

\* Y compris participation employeur

\*\* Option facultative à la charge du salarié

Je soussigné....., certifie exactes et sincères les réponses données ci-dessus.  Fait à ....., le .....  Signature :	Cachet et signature de l'employeur
--	------------------------------------

HEMOS SANTE, SAS au capital de 50 000€ - Siren 513 499 665 RCS Nantes

1, Ruelle Nominoë – CS 59638 – 44196 Clisson cedex - Tél : 02.49.10.12.90 – <https://hemossante.fr>

Société inscrite au registre des intermédiaires d'assurance sous le n° 09 052 781 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))

Garantie financière et responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L530-1 et L530-2 du Code des Assurances.

Toutes réclamations et toutes demandes de médiation sont à adresser par courrier à l'attention du Service Réclamation : 1 Ruelle Nominoë – CS 59638 – 44196

Clisson cedex ou par mail à : [reclamation@hemossante.fr](mailto:reclamation@hemossante.fr)

Coordonnées de l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution (ACPR) : 61 rue Taitbout – 75436 Paris cedex 09

L'assuré reconnaît avoir été informé(e) conformément à l'art.32 de la loi du 6/1/1978 du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L.221-14 (nullité de la garantie) et L.221-15 (réduction de la prestation) du code de la mutualité. L'assuré peut obtenir communication et le cas échéant rectification de toute information le concernant qui figurerait sur un fichier à l'usage de HEMOS SANTE.