

FICHE DE RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS AU REGIME FRAIS DE SANTE

Retraités, licenciés, Invalides, Ayants droit d'assuré décédé

Merci de remplir le document en MAJUSCULE

DIVISION :

Branche : Siège Entreprise Santé Enseignement

CSP : Ensemble du personnel

Date d'affiliation au régime : __/__/__

Situation du salarié : Retraité Licencié (Merci de transmettre la notification mensuelle du pôle emploi)

Invalide Licencié (Merci de transmettre la notification d'invalidité)

Ayant droit (Maintien pendant 1 an)

ADHERENT PRINCIPAL (EX SALARIE)

Société : / _____ /

Nom : / _____ / **Prénom :** / _____ / **Né (e) :** __/__/__

N° Sécurité sociale (Ss) : __/__/__/__/__/__ **Email :** / _____ @ _____ / **Téléphone**

fixe⁽¹⁾ : / _____ / **Téléphone portable⁽¹⁾ :** / _____ /

Adresse : / _____ /

Code postal : / _____ / **Ville :** / _____ /

Situation de famille : Marié (e) Divorcé (e) Séparé (e) Veuf (ve) Célibataire PACS Vie maritale

Régime : Général de Sécurité sociale ou Alsace / Moselle

Je souhaite recevoir mes décomptes par mail : Oui Non

L'adhérent (avec ses enfants à charge le cas échéant) s'acquittera de la cotisation spécifique prévue contractuellement

LES ENFANTS A CHARGE

Nom : / _____ / **Prénom :** / _____ / **Né (e) :** __/__/__

N° Sécurité sociale (Ss) : __/__/__/__/__/__

Nom : / _____ / **Prénom :** / _____ / **Né (e) :** __/__/__

N° Sécurité sociale (Ss) : __/__/__/__/__/__

Nom : / _____ / **Prénom :** / _____ / **Né (e) :** __/__/__

N° Sécurité sociale (Ss) : __/__/__/__/__/__

Nom : / _____ / **Prénom :** / _____ / **Né (e) :** __/__/__

N° Sécurité sociale (Ss) : __/__/__/__/__/__

CONJOINT

Le conjoint pourra adhérer moyennant le règlement de la cotisation spécifique prévue contractuellement

Nom : / _____ /	Prénom : / _____ /	Né (e) : ____ / ____ / ____
N° Sécurité sociale (Ss) : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /	Email : / _____ @ _____ /	
Téléphone fixe ⁽¹⁾ : / _____ /	Téléphone portable ⁽¹⁾ : / _____ /	
Je souhaite recevoir mes décomptes par mail : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

ATTENTION / Votre adhésion :

La demande individuelle d'affiliation doit être adressée à GRAS SAVOYE **dans les 6 mois suivants le départ du participant** (ou qui suivent la fin du maintien de la portabilité). Passé ce délai, vous ne pourrez plus prétendre à ce régime complémentaire.

Vous (et, le cas échéant, l'ensemble de vos bénéficiaires) continuerez de bénéficier du régime complémentaire Frais de Santé dans les mêmes conditions :

- **Si vous aviez adhéré uniquement au régime de base obligatoire:** Vous (et vos bénéficiaires) bénéficiez uniquement de ce régime.
- **Si vous aviez adhéré au régime « Option 1 »:** Vous (et vos bénéficiaires) bénéficiez du régime de base obligatoire et du régime « Option 1 ».
- **Si vous aviez adhéré au régime « Option 1 » et « Santé + »:** Vous (et vos bénéficiaires) bénéficiez du régime de base obligatoire, du régime « Option 1 » et du « Santé + ».

Vous avez **2 possibilités pour acquitter les cotisations** afférentes au régime :

- Par chèque, trimestriellement d'avance (terme à échoir)
- Par virement automatique, mensuellement d'avance (terme à échoir)

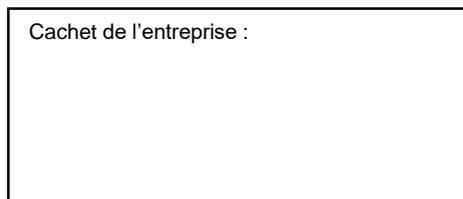
Fait le :

A :

Signature :



Cachet de l'entreprise :



Si paiement par prélèvement. Joindre à ce bulletin dûment complété:

- Un RIB
- Un Mandat SEPA

Si paiement par chèque, joindre uniquement :

- Ce document dûment complété

Les données personnelles que vous nous communiquez sont traitées et stockées dans les conditions visant à assurer la sécurité de ces informations.

Ce document est à retourner à votre centre de gestion, complété, signé et accompagné des pièces justificatives à:

**GRAS SAVOYE SANTE | TSA 84256 | 77 283 AVON CEDEX ou par mail :
eliorsante@grassavoie.com**