

# MUTUELLE Entreprise Santé Plus

**Pièces obligatoires à joindre à l'adhésion :**

- R.I.B. (format IBAN BIC)
- Copie de l'attestation Carte Vitale

Code intermédiaire :

**CABINET :**

Dénomination sociale : **SAS ASSUR et vous**

Coordonnées :

ORIAS N° **1500 6799** RCS : **813 889 250**

**CONSEILLER :**

Nom : **HENRI NICELLI**

Prénom :

☐ Gérant

☐ Salarié

☐ Mandataire : ORIAS N°

Tél :

**CODE CLIENT**

du cabinet intermédiaire :

Le contrat MUTUELLE Entreprise Santé Plus est constitué d'un contrat collectif à adhésion obligatoire et d'un contrat collectif à adhésion facultative ayant pour objet le remboursement de tout ou partie des frais de soins de santé, conclus entre l'entreprise souscriptrice et Apivia Mutuelle, assureur du contrat. L'offre MUTUELLE Entreprise Santé Plus dont la gestion a été confiée à Apivia Santé, SAS au capital de 1500 000 euros, RCS Poitiers B 391 897 261, ORIAS 070 019 262 dont le siège social se situe 7 rue Saint-Jacques, 86100 Châtelleraud, est assurée par Apivia Mutuelle. Apivia Mutuelle est une mutuelle régie par le Livre II du code de la mutualité, inscrite sous le numéro SIREN 775 709 710. Son siège social se situe 45-49 avenue Jean Moulin - 17034 La Rochelle Cedex 1 - Elle exerce sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Tailbout, 75436 Paris Cedex 09.

La formule socle, objet du présent contrat inclut des garanties :

- assistance portée par IMA ASSURANCES, SA au capital de 7 000 000 euros entièrement libérée, entreprise régie par le code des assurances, dont le siège social se situe 118 avenue de Paris, 79 000 NIORT, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481 511 632 et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Tailbout, 75436 PARIS Cedex 09.
- protection juridique Recours Médical souscrite auprès de Matmut Protection Juridique, SA à direction et conseil de surveillance au capital de 7 500 000 euros entièrement libérée, entreprise régie par le code des assurances, dont le siège est situé 66 rue de Fonteville, 76 100 ROUEN, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Rouen sous le numéro 423 699 391 et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Tailbout, 75436 PARIS Cedex 09.

☒ Adhésion nouvelle

☐ Avenant au contrat n°

☐ Remplacement du contrat n°

**Partie à remplir par l'employeur**

**1 ENTREPRISE**

Dénomination sociale

N° SIRET

N° CONTRAT

**FK2**

**834 307 571 000 10**

**8 00000 17 16**

Date effet MUTUELLE ENTREPRISE SANTÉ Plus

Formule socle souscrite :

Structure tarifaire choisie



1. Salarié



2. Salarié / Conjoint / Enfant



3. Isolé / Famille



4. Unique

Date d'entrée du salarié dans l'entreprise **25/06/2019**

Collège concerné : ☒ Ensemble du personnel ☐ AGIRC ☐ NON AGIRC

Date d'affiliation du salarié **11/07/2019**

**2 MEMBRE PARTICIPANT (SALARIÉ)**

Nom

Prénom

Date de naissance

N° de Régime Obligatoire

Organisme d'affiliation

**BONNET**

**ANTHONY**

**29.03.1998**

**1980366 13635834**

Situation de famille



Célibataire



Marié(e)



Divorcé(e)



Veuf(ve)



Autre

Régime social AS



Régime général /MSA : nom organisme



ALSACE MOSELLE (Attestation à joindre)

Adresse : n°

Voie

**Rue des AZALÉES, Residence les Azalées**

Code postal

**13120**

Ville

**BIVER**

Pays

**FRANCO-**

Téléphone :

**0652273997**

E-mail :

**BONNET.ANTHONY66**

Profession :

**Prépareur de Commande**

**@ Gmail.com -**

Si structure tarifaire choisie par l'entreprise : 1-Salarié

**3 DEMANDE D'AFFILIATION DES AYANTS DROIT AU SOCLE À TITRE FACULTATIF :**

Si vous souhaitez que vos ayants droit (tel que définis dans les conditions générales) bénéficient également des mêmes garanties du contrat collectif souscrites par votre entreprise, vous devez vous reporter au bulletin d'adhésion facultative pour le compléter afin de valider leur affiliation au SOCLE à titre facultatif. Vos ayants droit bénéficieront des mêmes garanties que vous. La cotisation sera à votre charge exclusive, et sera prélevée sur votre compte bancaire.

Si structure tarifaire choisie autre que 1-Salarié

**4 AFFILIATION DES AYANTS DROIT AU SOCLE OBLIGATOIRE SUITE À ACCORD DE L'EMPLOYEUR**

• **CONJOINT ou CONCUBIN**

Nom Prénom Date de naissance N° de Régime Obligatoire Organisme d'affiliation

Régime social ☐ Régime général /MSA :nom organisme ☐ ALSACE MOSELLE (Attestation à joindre)

Téléphone : E-mail : Profession :

• **AUTRES BÉNÉFICIAIRES**

À compléter si le bénéficiaire à charge est immatriculé personnellement

| Nom                      | Prénom                   | Date de naissance        | A/C                      | N° de Régime Obligatoire | Organisme d'affiliation  | AM                       |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Préciser le sexe par F pour féminin ou M pour masculin.  
Indiquer le rang gemellaire, le cas échéant

Inscrire A si le bénéficiaire est ayant droit de l'adhérent principal, C si le bénéficiaire est ayant droit du conjoint ou concubin inscrit au contrat.

À cocher si Régime Alsace Moselle

**COORDONNEES BANCAIRES (pour le règlement des prestations)**

Titulaire du compte : Nom Prénom Code postal Ville Pays

IBAN BIC

☐ J'accepte l'usage du courrier électronique pour recevoir les informations relatives au contrat en vue de sa conclusion ou au cours de son exécution (Art 1126 du code civil).

☐ J'accepte de recevoir toutes informations relatives au contrat par SMS. Numéro de portable

**LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS DU 06/01/78**

Les données recueillies feront l'objet d'un traitement automatisé par les coassureurs, chacun responsable de leur traitement, pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et à des fins de prospection et gestion commerciales. Elles pourront être transmises aux sociétés des groupes auxquelles ils appartiennent et à leurs partenaires aux mêmes fins. Elles font également l'objet de traitements de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, et contre la fraude à l'assurance par les coassureurs ainsi que par les entités de leurs groupes, et pourront être transmises aux entités et personnes désignées par la réglementation. La lutte contre la fraude à l'assurance peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification auprès d'Apivia Santé, à l'adresse suivante : 108 rue Ronsard, CS 87323, 37073 TOURS Cedex 2. Nous vous informons que vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique.

**RESERVÉ AU MEMBRE PARTICIPANT (salarié)**

Je certifie complets et exacts les renseignements portés sur le présent bulletin, reconnais avoir pris connaissance des conditions générales valant notices d'information ainsi que des tarifs.

Fait à : Signature du membre participant : Le : 16/09/2019

**RESERVÉ À L'ENTREPRISE SOUSCRIPTRICE**

L'entreprise certifie que le membre participant pour lequel l'inscription est établie est présent à l'effectif ce jour.

Fait à : Le : 16/09/2019  
Nom et qualité du signataire : KETHRES Président  
Cachet de l'entreprise

**SAS FK2**

114, Ave des Chasséens  
13120 GARDANNE  
Tél. 09 67 22 42 77