SG santé SERVICE GESTION

umanens L'humain a du sens

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

Complémentaire Santé
Ensemble du personnel

L'ENTREPRISE

Raison sociale : .....

Garanties de base du salarié : ☐ Régime de Base

Renfort facultatif au choix du salarié : ☐ Base + Option

Date d'effet : __ __/__ __/__ __ __ __ **N° de matricule :** .....

Cachet de l'entreprise

LE SALARIE

☐ Madame ☐ Monsieur N° de Sécurité Sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nom : ..... Prénom (s) : .....

Nom de naissance : ..... Nationalité : .....

Né(e) le __ __/__ __/__ __ __ __ Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code Postal : |__|__|__|__|__| Ville : .....

N° de tél : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| **Adresse email :** .....

Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Pacsé(e) ☐ En concubinage ☐ Divorcé(e)

Régime obligatoire : ☐ Général ☐ Alsace / Moselle

Date d'entrée dans l'entreprise : __ __/__ __/__ __ __ __

Catégorie d'emploi : ☐ Cadre ☐ Non cadre ☐ Autre : .....

Classification de votre contrat de travail : ☐ CDI ☐ CDD ☐ Temps partiel ☐ Temps plein ☐ Autre : .....
(spécifier si multi-employeurs)

LISTE DES BENEFICIAIRES A ASSURER AU REGIME COMPLEMENTAIRE SANTE

	Nom d'usage & Prénom	Date de naissance	Sexe *(M / F)*	Numéro de Sécurité sociale	REFUS LIAISON CPAM
Vous-même					|__|
Conjoint		__ __/__ __/__ __ __ __		|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|
Enfant 1		__ __/__ __/__ __ __ __		|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|
Enfant 2		__ __/__ __/__ __ __ __		|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|
Enfant 3		__ __/__ __/__ __ __ __		|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|
Enfant 4		__ __/__ __/__ __ __ __		|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|
Enfant 5		__ __/__ __/__ __ __ __		|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|

Afin que le remboursement de mes frais médicaux complémentaires s'effectue de manière automatique, j'autorise SG Sante à établir une liaison directe avec ma caisse d'Assurance Maladie (conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).
Si vous ne souhaitez pas bénéficier de ce service, veuillez cocher la case correspondante dans la colonne « REFUS LIAISON CPAM ».

SIGNATURE

Fait à : .....

Le : .....

Signature du salarié :
Inscrire la mention « Lu et approuvé »

DOCUMENTS A RETOURNER à votre service Ressources Humaines avec le présent bulletin

- Un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement de vos prestations.
- Une photocopie de l'attestation de droit accompagnant votre carte Vitale, ainsi que celle de votre conjoint ou concubin, ou encore celle de votre (vos) enfant(s), le cas échéant.
- Pour les personnes vivant en concubinage : un justificatif de vie commune (attestation sur l'honneur, facture de téléphone ou d'EDF, photocopie du bail).
- Pour les enfants âgés de plus de 18 ans poursuivant leurs études : un certificat de scolarité ou une copie du contrat d'alternance. Selon les conditions générales de votre contrat, une attestation d'ouverture de droits à Pôle Emploi pour les enfants primo-déclarants.
- Si vous optez pour l'adhésion au régime optionnel : un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le prélèvement de vos cotisations si différent du RIB « prestations » (+ 0.76 € par prélèvement pour les frais bancaires), un mandat SEPA dûment complété et signé et le règlement par chèque au comptant pour le 1er mois de cotisations à l'ordre d'Ageo Prévoyance.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au règlement n° 2016/679, dit règlement général sur la protection des données (RGPD), les informations que vous nous communiquez via ce formulaire sont destinées à GEOZ en sa qualité de responsable du traitement. Les données sont collectées pour des besoins de gestion administrative de dossier et pourront également être utilisées à des fins statistiques et de contrôle, de lutte contre la fraude et le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, de recherche de bénéficiaires de contrat décès non réglés. Aucune des données à caractère personnel vous concernant ne sera transmise à des tiers autres que les entités AGEO, ses partenaires commerciaux et ses partenaires de compagnies d'assurance. Les données collectées sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales.
Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles vous concernant. Pour exercer ce droit, merci d'effectuer votre demande auprès du DPO GEOZ par courrier postal à l'adresse suivante : DPO GEOZ - 7, rue de Turbigo 75001 Paris ou par courriel à l'adresse suivante : infos.cnil@ageo.fr. Lors de l'exercice de leurs droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée.

GEOZ | Siège social : 14, rue Joliot Curie CS 30248 - 51010 CHALONS EN CHAMPAGNE CEDEX | RCS 500 171 939 CHALONS EN CHAMPAGNE | SNC au capital de 1500 € | Nom commercial : AGEO Prévoyance | Numéro ORIAS : 07 031 908 - www.orias.fr | Société de courtage en assurances sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - https://acpr.banque-france.fr | GEOZ exerce conformément aux dispositions de l'Article L 521-2 du code des assurances. La liste des fournisseurs avec lesquels nous travaillons est à votre disposition sur simple demande | AGEO Service Réclamation : 14, rue Joliot Curie CS 30248 51010 Châlons-en-Champagne Cedex - service.reclamation@ageo.fr | Notre Service Qualité enregistre, analyse et répond à vos réclamations et suggestions, parce que le Service Client est notre Engagement | Le service réclamation accuse réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant réception et s'engage à apporter une réponse circonstanciée dans un délai de 2 mois (conformément à la recommandation ACPR 2016-R-03 du 14/11/16) | Notre Médiateur : La Médiation de l'assurance Pôle CSCA TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 | le.mediateur@mediation-assurance.org - www.mediation-assurance.org (après saisie de notre service réclamation / Article L 612-2 du code de la consommation).