

Demande d'affiliation

Frais de soins de Santé

Entreprises techniques au service de la création et de l'événement

Affiliation Modification Radiation

Partie à compléter par l'employeur

Raison sociale : FLieux

N° siret : 799 067 053 00014

Adresse : 19, rue d'ANTOINE

Code postal : 59000 Commune : Lille

Identification du salarié

Mme M.

Nom : ARNOLD Prénom : Luc

Numéro de Sécurité sociale à indiquer impérativement en haut de la page

Date d'entrée du salarié dans l'entreprise : 20.01.2014

Date d'effet de l'affiliation à la garantie **frais de soins de santé** : 01.01.2016

Catégorie du salarié

Catégorie à laquelle appartient le salarié :

Cadres permanents et assimilés : salariés affiliés à l'Agirc

Non cadres permanents : salariés non affiliés à l'Agirc

Type de contrat

CDI CDD jusqu'au _____

Garanties obligatoires souscrites par l'employeur

| | Offre conventionnelle | Surco + | Surco ++ |
|-----------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Salarié seul | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Isolé - Famille | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cocher cette case uniquement si le salarié refuse l'amélioration collective obligatoire lors de sa mise en place par l'employeur et si l'acte fondateur le permet :

Pour vos garanties santé, assurez vous de communiquer la notice de garantie à vos salariés.

Partie à compléter par le salarié
 Mme M.

 Nom d'usage : ARNOLD

 Prénom : Luc

Nom de famille :

Pseudonyme :

Numéro de Sécurité sociale impérativement en haut de la page

 Né(e) le : 29 01 1957 Célibataire Marié(e) Concubin(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

 Adresse : 7 rue Voltaire

 Code postal : 92370

 Commune : Stoms-en-BANOEUL

 Tél. : 06 20 24 63 12

Portable :

 Courriel : lucarnold

 @ 7lieux.org

Bénéficiaires à déclarer si couverture obligatoire des ayants droit par l'entreprise ou si extension aux ayants droit à titre facultatif (à la charge du salarié).

| Nom(s) et prénom(s) des bénéficiaires fruits de soins de santé (ayants droit) | | N° de Sécurité sociale | Date de naissance |
|--|---|------------------------|-------------------|
| | <input type="checkbox"/> conjoint(e) <input type="checkbox"/> concubin(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) | _____ | _____ |
| | Enfant à charge | _____ | _____ |
| | Enfant à charge | _____ | _____ |
| | Enfant à charge | _____ | _____ |
| | Enfant à charge | _____ | _____ |

Garanties facultatives à la charge du salarié

I. Vous pouvez faire bénéficier vos ayants droit (conjoint et/ou enfant(s)), de la garantie santé souscrite par votre entreprise en vous acquittant de la ou des cotisations correspondantes (si la garantie santé obligatoire souscrite par votre employeur ne le prévoit pas). Les cotisations sont en complément des cotisations des garanties santé obligatoires couvrant le salarié et sont précomptées par l'employeur.

 Je souhaite étendre les garanties à mes ayants droit (si oui : les déclarer dans le tableau ci-dessus).

| Garantie souscrite pour le seul salarié par votre entreprise | Tarif mensuel conjoint | Tarif mensuel par enfant Gratuite à partir du 4 ^{ème} |
|--|---------------------------|---|
| Offre conventionnelle | 1,13 % PMSS | 0,57 % PMSS |
| Surco + | 1,64 % PMSS | 0,82 % PMSS |
| Surco ++ | 2,28 % PMSS | 1,14 % PMSS |

Tarif à retenir en fonction de la couverture souscrite à titre obligatoire par l'entreprise.



2. Vous pouvez augmenter le niveau des garanties santé obligatoires souscrites par votre entreprise pour vous et, le cas échéant, vos ayants droit en vous acquittant de la ou des cotisations correspondantes. Les cotisations sont précomptées par l'employeur.

Si vous étendez le niveau de garanties à vos ayants droit, la couverture doit être similaire entre vous et vos bénéficiaires. Indiquez votre choix en cochant la case correspondante.

Si votre entreprise a souscrit l'offre conventionnelle, vous avez la possibilité d'améliorer le dispositif par les surcomplémentaires suivantes pour vous et, le cas échéant, vos ayants droit

| Surcomplémentaire facultative | Tarif mensuel salarié | Tarif mensuel conjoint | Tarif mensuel enfant* | Cochez la case correspondant à votre choix |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|--|
| Fac surco + | 0,76 % PMSS | 1,64 % PMSS | 0,82 % PMSS | <input type="checkbox"/> |
| Fac surco ++ | 1,32 % PMSS | 2,28 % PMSS | 1,14 % PMSS | <input checked="" type="checkbox"/> |

Si votre entreprise a souscrit Surco +, vous avez la possibilité d'améliorer le dispositif par les surcomplémentaires suivantes pour vous et, le cas échéant, vos ayants droit

| Surcomplémentaire facultative | Tarif mensuel salarié | Tarif mensuel conjoint | Tarif mensuel enfant* | Cochez la case correspondant à votre choix |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|--|
| Fac surco ++ | 0,79 % PMSS | 2,28 % PMSS | 1,14 % PMSS | <input type="checkbox"/> |

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

*Par enfant, gratuité à partir du 4^{ème}

Si votre entreprise a souscrit Surco ++ pour ses seuls salariés, vous avez la possibilité d'étendre cette couverture à vos ayants droit (cf. I- Garanties facultatives à la charge du salarié)

Si votre entreprise a souscrit Surco ++ pour ses salariés et ses ayants droit, pas de surcomplémentaire proposée.

Merci de joindre à la présente demande d'affiliation :

- pour la mise en place de Noémie : une copie de votre attestation vitale pour chaque bénéficiaire,
- pour le paiement des prestations : un relevé d'identité bancaire (RIB), pour le titulaire et son conjoint au besoin,
- pour l'affiliation des enfants de plus de 21 ans : les justificatifs de persistance des droits (certificat de scolarité, attestation Pôle emploi, contrat d'apprentissage)

Pour les ayants droit bénéficiant d'un contrat frais de soins de santé auprès d'un autre organisme assureur, si vous souhaitez que la télétransmission s'effectue auprès d'Audiens Prévoyance, précisez les nom(s) et prénom(s) ci-dessous :

Fait à Jean-Benoît, le 01/01/2016

ASSOCIATION 7 LIEUX

Signature et cachet de l'entreprise
SIRET : 789 087 059 00014 - APE 90022
09 72 46 49 16
12, rue d'Artois 59000 Lille
Email : contact@7lieux.org

Signature du salarié

POUR PLUS DE DETAILS SUR VOS GARANTIES ET LES MODALITÉS D'APPLICATION, SE RÉPORTER A LA NOTICE D'INFORMATION REMISE PAR VOTRE EMPLOYEUR

Informatique et libertés

Ces informations sont nécessaires à la gestion de votre dossier et peuvent dans ce cadre être transmises à des sous-traitants. Elles sont également susceptibles d'être transmises à d'autres entités du Groupe Audiens afin de vous présenter les produits qu'elles proposent. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et d'opposition à leur transmission, auprès d'Audiens Prévoyance, qui peut être exercé en écrivant à la Direction juridique du Groupe Audiens-74 rue Jean Bartoulet 92177 Vanves Cedex.

Informations

Les informations recueillies lors de la souscription et la gestion de ce contrat peuvent être utilisées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. La personne concernée dispose d'un droit d'accès qui s'exerce auprès de la CNIL dans les conditions définies à l'article L561-45 du Code Monétaire et Financier.

Demande d'affiliation

Frais de soins de Santé

Entreprises techniques au service de la création et de l'événement

Affiliation Modification Radiation

Partie à compléter par l'employeur

Raison sociale : Filioux

N° siret

Adresse : 12 rue d'Artois

Code postal : 59000

Commune : LILLE

Identification du salarié

Mme M.

Nom CHARLET Prénom : VIRGINIE

Numéro de Sécurité sociale à indiquer impérativement en haut de la page

Date d'entrée du salarié dans l'entreprise 11/05/2015

Date d'effet de l'affiliation à la garantie frais de soins de santé 01/01/2016

Catégorie du salarié

Catégorie à laquelle appartient le salarié :

Cadres permanents et assimilés : salariés affiliés à l'Agirc

Non cadres permanents : salariés non affiliés à l'Agirc

Type de contrat

CDI CDD jusqu'au

Garanties obligatoires souscrites par l'employeur

| | Offre conventionnelle | Surco + | Surco ++ |
|-----------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Salarié seul | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Isolé - Famille | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cocher cette case uniquement si le salarié refuse l'amélioration collective obligatoire lors de sa mise en place par l'employeur et si l'acte fondateur le permet :

Pour vos garanties santé, assurez vous de communiquer la notice de garantie à vos salariés.

Partie à compléter par le salarié

Mme M.

Nom d'usage : CHARLET Prénom : VIRGINIE

Nom de famille : _____ Pseudonyme : _____

Numéro de Sécurité sociale impérativement en haut de la page

Né(e) le : 21/12/1977 Célibataire Marié(e) Concubin(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Adresse : 39, rue de la Paine

Code postal : 59000 Commune : LILLE

Tél. : _____ Portable : 06 83 40 60 01

Courriel : charletvirg@hotmail.com

Bénéficiaires à déclarer si couverture obligatoire des ayants droit par l'entreprise ou si extension aux ayants droit à titre facultatif (à la charge du salarié).

| Nom(s) et prénom(s) des bénéficiaires frais de soins de santé (ayants droit) | | N° de Sécurité sociale | Date de naissance |
|---|---|------------------------|-------------------|
| | <input type="checkbox"/> conjoint(e) <input type="checkbox"/> concubin(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) | _____ | _____ |
| | Enfant à charge | _____ | _____ |
| | Enfant à charge | _____ | _____ |
| | Enfant à charge | _____ | _____ |
| | Enfant à charge | _____ | _____ |

Garanties facultatives à la charge du salarié

I. Vous pouvez faire bénéficier vos ayants droit (conjoint et/ou enfant(s)), de la garantie santé souscrite par votre entreprise en vous acquittant de la ou des cotisations correspondantes (si la garantie santé obligatoire souscrite par votre employeur ne le prévoit pas). Les cotisations sont en complément des cotisations des garanties santé obligatoires couvrant le salarié et sont précomptées par l'employeur.

Je souhaite étendre les garanties à mes ayants droit (si oui : les déclarer dans le tableau ci-dessus).

| Garantie souscrite pour le seul salarié par votre entreprise | Tarif mensuel conjoint | Tarif mensuel par enfant Gratuité à partir du 4 ^{ème} |
|--|------------------------|---|
| Offre conventionnelle | 1,13 % PMSS | 0,57 % PMSS |
| Surco + | 1,64 % PMSS | 0,82 % PMSS |
| Surco ++ | 2,28 % PMSS | 1,14 % PMSS |

Tarif à retenir en fonction de la couverture souscrite à titre obligatoire par l'entreprise.

PROBIV

IMP
ENT



2. Vous pouvez augmenter le niveau des garanties santé obligatoires souscrites par votre entreprise pour vous et, le cas échéant, vos ayants droit en vous acquittant de la ou des cotisations correspondantes. Les cotisations sont précomptées par l'employeur.

Si vous étendez le niveau de garanties à vos ayants droit, la couverture doit être similaire entre vous et vos bénéficiaires. Indiquez votre choix en cochant la case correspondante.

Si votre entreprise a souscrit l'offre conventionnelle, vous avez la possibilité d'améliorer le dispositif par les surcomplémentaires suivantes pour vous et, le cas échéant, vos ayants droit

| Surcomplémentaire facultative | Tarif mensuel salarié | Tarif mensuel conjoint | Tarif mensuel enfant* | Cochez la case correspondant à votre choix |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|--|
| Fac surco + | 0,76 % PMSS | 1,64 % PMSS | 0,82 % PMSS | <input type="checkbox"/> |
| Fac surco ++ | 1,32 % PMSS | 2,28 % PMSS | 1,14 % PMSS | <input type="checkbox"/> |

Si votre entreprise a souscrit Surco +, vous avez la possibilité d'améliorer le dispositif par les surcomplémentaires suivantes pour vous et, le cas échéant, vos ayants droit

| Surcomplémentaire facultative | Tarif mensuel salarié | Tarif mensuel conjoint | Tarif mensuel enfant* | Cochez la case correspondant à votre choix |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|--|
| Fac surco ++ | 0,79 % PMSS | 2,28 % PMSS | 1,14 % PMSS | <input type="checkbox"/> |

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

*Par enfant, gratuité à partir du 4^{ème}

Si votre entreprise a souscrit Surco ++ pour ses seuls salariés, vous avez la possibilité d'étendre cette couverture à vos ayants droit (cf. I - Garanties facultatives à la charge du salarié)

Si votre entreprise a souscrit Surco ++ pour ses salariés et ses ayants droit, pas de surcomplémentaire proposée.

Merci de joindre à la présente demande d'affiliation :

- pour la mise en place de Noémie : une copie de votre attestation vitale pour chaque bénéficiaire,
- pour le paiement des prestations : un relevé d'identité bancaire (RIB), pour le titulaire et son conjoint au besoin,
- pour l'affiliation des enfants de plus de 21 ans : les justificatifs de persistance des droits (certificat de scolarité, attestation Pôle emploi, contrat d'apprentissage)

Pour les ayants droit bénéficiant d'un contrat frais de soins de santé auprès d'un autre organisme assureur, si vous souhaitez que la télétransmission s'effectue auprès d'Audiens Prévoyance, précisez les nom(s) et prénom(s) ci-dessous :

Fait à Lille, le 21.01.2016

Signature de l'association de l'entreprise
ASSOCIATION 7 LIEUX
SIRET : 99 057 053 00014 - APE 9002Z
09 72 46 49 16
12 rue d'Artois - 59000 Lille
Email : contact@7lieux.org

Signature du salarié

POUR PLUS DE DETAILS SUR VOS GARANTIES ET LES MODALITÉS D'APPLICATION, SE REPORTER A LA NOTICE D'INFORMATION REMISE PAR VOTRE EMPLOYEUR

Informatique et libertés

Ces informations sont nécessaires à la gestion de votre dossier et peuvent dans ce cadre être transmises à des sous-traitants. Elles sont également susceptibles d'être transmises à d'autres entités du Groupe Audiens afin de vous présenter les produits qu'elles proposent. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et d'opposition à leur transmission, auprès d'Audiens Prévoyance, qui peut être exercé en écrivant à la Direction juridique du Groupe Audiens-74 rue Jean Bleuzen 92177 Vanves Cedex.

Informations

Les informations recueillies lors de la souscription et la gestion de ce contrat peuvent être utilisées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. La personne concernée dispose d'un droit d'accès qui s'exerce auprès de la CNIL, dans les conditions définies à l'article L561-45 du Code Monétaire et Financier.

Demande d'affiliation

Frais de soins de Santé

Entreprises techniques au service de la création et de l'événement

Affiliation Modification Radiation

Partie à compléter par l'employeur

Raison sociale : 7 lieux

N° siret : 799 067 053 00014

Adresse : 12, rue d'ANTOIS

Code postal : 59000 Commune : Lille

Identification du salarié

Mme M.

Nom : ARNAUD Prénom : ALEXANDRE

Numéro de Sécurité sociale à indiquer impérativement en haut de la page

Date d'entrée du salarié dans l'entreprise : 15 04 2014

Date d'effet de l'affiliation à la garantie **frais de soins de santé** : 01 01 2016

Catégorie du salarié

Catégorie à laquelle appartient le salarié :

Cadres permanents et assimilés : salariés affiliés à l'Agirc

Non cadres permanents : salariés non affiliés à l'Agirc

Type de contrat

CDI CDD jusqu'au / /

Garanties obligatoires souscrites par l'employeur

| | Offre conventionnelle | Surco + | Surco ++ |
|-----------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Salarié seul | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Isolé - Famille | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cocher cette case uniquement si le salarié refuse l'amélioration collective obligatoire lors de sa mise en place par l'employeur et si l'acte fondateur le permet :

Pour vos garanties santé, assurez vous de communiquer la notice de garantie à vos salariés.

2. Vous pouvez augmenter le niveau des garanties santé obligatoires souscrites par votre entreprise pour vous et, le cas échéant, vos ayants droit en vous acquittant de la ou des cotisations correspondantes. Les cotisations sont précomptées par l'employeur.

Si vous étendez le niveau de garanties à vos ayants droit, la couverture doit être similaire entre vous et vos bénéficiaires. Indiquez votre choix en cochant la case correspondante.

Si votre entreprise a souscrit l'offre conventionnelle, vous avez la possibilité d'améliorer le dispositif par les surcomplémentaires suivantes pour vous et, le cas échéant, vos ayants droit

| Surcomplémentaire facultative | Tarif mensuel salarié | Tarif mensuel conjoint | Tarif mensuel enfant* | Cochez la case correspondant à votre choix |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|--|
| Fac surco + | 0,76 % PMSS | 1,64 % PMSS | 0,82 % PMSS | <input type="checkbox"/> |
| Fac surco ++ | 1,32 % PMSS | 2,28 % PMSS | 1,14 % PMSS | <input type="checkbox"/> |

Si votre entreprise a souscrit Surco +, vous avez la possibilité d'améliorer le dispositif par les surcomplémentaires suivantes pour vous et, le cas échéant, vos ayants droit

| Surcomplémentaire facultative | Tarif mensuel salarié | Tarif mensuel conjoint | Tarif mensuel enfant* | Cochez la case correspondant à votre choix |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|--|
| Fac surco ++ | 0,79 % PMSS | 2,28 % PMSS | 1,14 % PMSS | <input type="checkbox"/> |

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

*Par enfant, gratuité à partir du 4^{ème}

Si votre entreprise a souscrit Surco ++ pour ses seuls salariés, vous avez la possibilité d'étendre cette couverture à vos ayants droit (cf. I- Garanties facultatives à la charge du salarié)

Si votre entreprise a souscrit Surco ++ pour ses salariés et ses ayants droit, pas de surcomplémentaire proposée.

Merci de joindre à la présente demande d'affiliation :

- pour la mise en place de Noémie : une copie de votre attestation vitale pour chaque bénéficiaire,
- pour le paiement des prestations : un relevé d'identité bancaire (RIB), pour le titulaire et son conjoint au besoin,
- pour l'affiliation des enfants de plus de 21 ans : les justificatifs de persistance des droits (certificat de scolarité, attestation Pôle emploi, contrat d'apprentissage)

Pour les ayants droit bénéficiant d'un contrat frais de soins de santé auprès d'un autre organisme assureur, si vous souhaitez que la télétransmission s'effectue auprès d'Audiens Prévoyance, précisez les nom(s) et prénom(s) ci-dessous :

Fait à Lille, le 09/01/2016

Signature et cachet de l'entreprise
ASSOCIATION 7 BLEUX
 SIRET : 789 067 053 00014 - APE 9002Z
 09 72 46 48 16
 12, rue d'Artois - 59000 Lille

Signature du salarié



POUR PLUS DE DÉTAILS SUR VOS GARANTIES ET LES MODALITÉS D'APPLICATION, SE REPORTER A LA NOTICE D'INFORMATION REMISE PAR VOTRE EMPLOYEUR

Informatique et libertés

Ces informations sont nécessaires à la gestion de votre dossier et peuvent dans ce cadre être transmises à des sous-traitants. Elles sont également susceptibles d'être transmises à d'autres entités du Groupe Audiens afin de vous présenter les produits qu'elles proposent. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et d'opposition à leur transmission, auprès d'Audiens Prévoyance, qui peut être exercé en écrivant à la Direction juridique du Groupe Audiens-74 rue Jean Bleuzen 92177 Vanves Cedex.

Informations

Les informations recueillies lors de la souscription et la gestion de ce contrat peuvent être utilisées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. La personne concernée dispose d'un droit d'accès qui s'exerce auprès de la CNIL, dans les conditions définies à l'article L561-45 du Code Monétaire et Financier.

