

Virginie

Numéro de Sécurité sociale à compléter impérativement ci-dessus

277 12 59 574 053 54

à retourner à :  
**Audiens Gestion Entreprises**  
**AFFILIATIONS TSA 30400**  
**92177 Vanves Cedex**

www.audiens.org

## **Demande d'affiliation - Gamme Optéo**

### **Frais de soins de Santé**

Affiliation    Modification    Radiation

#### **Partie à compléter par l'employeur**

Raison sociale : SEPT LIEUX (7 LIEUX)

n° siret 799 067 053 000 14

Adresse : 7, rue Voltaire

Code postal : 59370

Commune : Mons-en-Baroeul

#### **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 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

POB31N

IMP  
ENT



### Partie à compléter par le salarié

M.  Mme

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 PLAINE

Code postal : 59000 Commune : LILLE

Tél. : Portable : 06 83 40 60 01

Courriel : charletvirg @ hotmail . com

Couverture des ayants droit  Oui  Non

Si oui, complétez le tableau ci-dessous :

Nom(s) et prénom(s) des bénéficiaires que je souhaite inscrire à la garantie 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)		
	Enfants à charge		
	Enfants à charge		
	Enfants à charge		
	Enfants à charge		

### Garanties facultatives

1. Vous pouvez faire bénéficier vos ayants droit (conjoint et/ou enfant(s)), de la garantie souscrite pour votre entreprise en vous acquittant de la ou des cotisations correspondantes (si le contrat obligatoire souscrit par votre employeur ne le prévoit pas déjà). Les tarifs applicables sont les suivants :

Garantie souscrite par votre entreprise	Tarif mensuel conjoint	Tarif mensuel par enfant Gratuité à partir du 3 <sup>ème</sup>
<input checked="" type="checkbox"/> Optéo Panier de soins	0,78 % PMSS soit 24,73 €	0,39 % PMSS soit 12,36 €
<input type="checkbox"/> Optéo 1	1,61 % PMSS soit 51,04 €	0,80 % PMSS soit 25,36 €
<input type="checkbox"/> Optéo 2	1,89 % PMSS soit 59,91 €	0,95 % PMSS soit 30,12 €
<input type="checkbox"/> Optéo 3	2,19 % PMSS soit 69,24 €	1,10 % PMSS soit 34,87 €

2. Vous pouvez augmenter individuellement le niveau des garanties obligatoires souscrites par votre entreprise en vous acquittant de la ou des cotisations correspondantes.

Cette option d'amélioration s'appliquera à tous les ayants droit indiqués ci-dessus.

Indiquez votre choix en cochant la case correspondante.

Si votre entreprise a souscrit Optéo Panier de soins, vous avez la possibilité d'opter pour les renforts suivants

Renfort facultatif	Tarif mensuel salarié	Tarif mensuel conjoint	Tarif mensuel enfant*	Cochez la case correspondant à votre choix
Optéo Renfort 1	1,41 % PMSS soit 44,70 €	1,41 % PMSS soit 44,70 €	0,71 % PMSS soit 22,51 €	<input type="checkbox"/>
Optéo Renfort 2	1,73 % PMSS soit 54,84 €	1,73 % PMSS soit 54,84 €	0,87 % PMSS soit 27,58 €	<input checked="" type="checkbox"/>
Optéo Renfort 3	2,83 % PMSS soit 89,71 €	2,83 % PMSS soit 89,71 €	1,42 % PMSS soit 45,01 €	<input type="checkbox"/>



**Si votre entreprise a souscrit Optéo 1, vous avez la possibilité d'opter pour les renforts suivants**

Renfort facultatif	Tarif mensuel salarié	Tarif mensuel conjoint	Tarif mensuel enfant*	Cochez la case correspondant à votre choix
Optéo Renfort 2	0,78 % PMSS soit 24,73 €	0,78 % PMSS soit 24,73 €	0,39 % PMSS soit 12,36 €	<input type="checkbox"/>
Optéo Renfort 3	1,26 % PMSS soit 39,94 €	1,26 % PMSS soit 39,94 €	0,63 % PMSS soit 19,97 €	<input type="checkbox"/>

**Si votre entreprise a souscrit Optéo 2, vous avez la possibilité d'opter pour le renfort suivant**

Renfort facultatif	Tarif mensuel salarié	Tarif mensuel conjoint	Tarif mensuel enfant*	Cochez la case correspondant à votre choix
Optéo Renfort 3	0,63 % PMSS soit 19,97 €	0,63 % PMSS soit 19,97 €	0,32 % PMSS soit 10,14 €	<input type="checkbox"/>

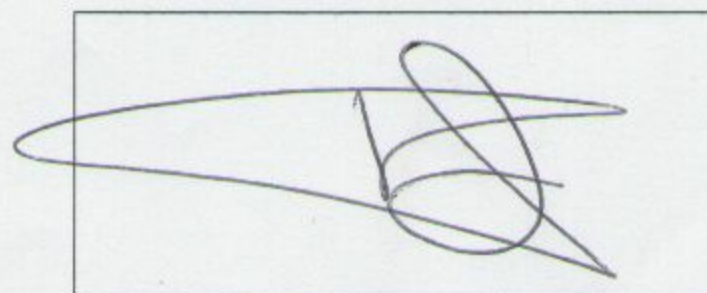
PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale : 3 170 € en 2015

 \*Par enfant, gratuité à partir du 3<sup>ème</sup>
**Si votre entreprise a souscrit Optéo 3 : pas de renfort proposé**
**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 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 21/12/2015
**Signature et cachet de l'entreprise**

**Signature du salarié**


POB31N

 IMP  
 ENT

**Informatique et liberté**

Ces informations sont nécessaires à la gestion de votre dossier et peuvent être transmises à d'autres entités du Groupe Audiens. 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, à exercer en écrivant à 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".



**L'Assurance  
Maladie  
LILLE**

Mademoiselle CHARLET VIRGINIE  
1 ER ETG  
0039 RUE DE LA PLAINE

IMPRIME VALABLE A COMPTER DU : 14/05/2008

59000 LILLE

## attestation

Mademoiselle ,

Nous vous prions de trouver, ci-dessous, une attestation vous permettant de justifier de vos droits auprès des professionnels de santé et des établissements de soins et attestant de la prise en compte par l'Assurance Maladie de votre éventuelle déclaration de médecin traitant.

Dans votre intérêt et afin d'éviter tout retard dans le règlement de vos dossiers, n'oubliez pas de nous informer de tout changement de votre situation (adresse, état civil, composition de famille) .

organisme d'affiliation	code gestion	n° de sécurité sociale	modulation du ticket modérateur
01 595 507 3	10	2 77 12 59 574 053 54	
assuré et bénéficiaire(s)		né(s) le	
CHARLET VIRGINIE a déclaré un médecin traitant Complémentaire (n°59017228) du 01/01/2000 au 31/12/2019  Tout document papier d'attestation de droits, antérieur à celui-ci, est à détruire.		21/12/1977 1	

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE  
MALADIE DE LILLE  
FOBERT Arlette  
ACCUEIL ET CONSEIL