

Partie à compléter par le salarié

Mme M.

Nom d'usage : Prénom :

Nom de famille : Pseudonyme :

Numéro de Sécurité sociale impérativement en haut de la page

Né(e) le : [][] [][] [][][][] Célibataire Marié(e) Concubin(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Adresse :

Code postal : [][][][][] Commune :

Tél. : [][][][][][][][][] Portable : [][][][][][][][][][][][][][][][][]

Courriel :@.....

- Choix d'option complémentaire individuelle (financé par le salarié)
- Demande de dispense d'adhésion au régime de frais de santé

Nom(s) et prénom(s) des bénéficiaires de la garantie frais de soins de santé	Sexe		N° de Sécurité sociale	Date de naissance
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> conjoint(e) <input type="checkbox"/> concubin(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e)	[]	[][][][][][][][][][]
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Enfant à charge	[]	[][][][][][][][][][]
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Enfant à charge	[]	[][][][][][][][][][]

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Prélèvement récurrent

Identité du payeur, Titulaire du compte :

Mme M. Nom Prénom

Adresse

Code postal [][][][][] Ville Pays

Coordonnées bancaires - Désignation du compte à débiter

BIC []

BAN []

<p>Désignation du Créancier : Audiens Prevoyance 74 Rue Jean Bleuzen 92177 Vanves Cedex</p> <p>Identifiant : Créancier SEPA FR54ZZZ399357</p>	<p>En signant ce formulaire de Mandat de prélèvement SEPA, vous autorisez [A] - Audiens - à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et [B] votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'Audiens. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.</p> <p>NB : Vos droits concernant le présent Mandat Prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.</p>
--	--

Fait à, le [][] [][] [][] 20 [][] Signature :

N'oubliez pas de signer et de joindre un RIB comportant les mentions BIC-IBAN.

Fait à : le : [][] [][] [][][][] Signature du salarié :

Merci de joindre à la présente demande d'affiliation, en plus des pièces demandées par l'employeur :

- pour la mise en place de Noémie : une copie de votre attestation vitale pour chaque bénéficiaire,
- pour l'affiliation des enfants de plus de 18 ans : les justificatifs de persistance de droits (certificat de scolarité, attestation Pôle emploi, contrat d'apprentissage).

PO671W

IMP
ENT

