Bulletin individuel d'adhésion assurances collectives « Frais de santé »

	Cachet du courtier	
N°ORIAS :		
	er :	
	7	

A imprimer en 3 exemplaires	Code Courtier :		
Cachet de l'entreprise	A compléter par l'employeur		
Cachet de l'entreprise	Adhésion nouvelle N°Adhérent :		
	A effet du//		
	N° contrat collectif:		
	Raison sociale :		
Collège concerné : Ensemble du personnel Cotisants Cadre Cotisants Non Cadre Autres			
A compléter par l'adhérent			
M Mme Nom:			
Nom de naissance :			
Adresse:	Date de naissance :		
Code postal :			
<u> </u>	rNS / Loi Madelin□		
	A compléter par l'adhérent : les bénéficiaires		
MEMBRE(S) DE LA FAMILLE BENEFICIAIRE(S) DU CONTRAT COLLECTIF «FRAIS DE SANTE»			
☑ ☑ ☑ M ☐ Mme Nom : Nom de naissance :			
Prénom:			
M Nom :			
Prénom :			
Date de naissance :/ Régime :			
□M□Mme Nom :	and the second s		
Prénom :			
Date de naissance :/ Hegime : Nom de naissance :			
Prénom : N°Régime obligatoire : L			
Date de naissance :/ Régime :	Caisse OUI NONL		
□M□Mme Nom :	The state of the s		
Date de naissance :/ Régime :			
	Garantie optionnelle facultative		
Si le contrat collectif « Frais de santé » comporte une option facultative ou surcomplémentaire présentée(s) sur le tableau des garanties proposées coformément à la Notice d'information, vous pouvez faire le choix d'y souscrire. les cotisations associées se rzjoutent à celles du régime de base à adhésion obligatoire*.			
Votre choix je choisis de souscrire l'option (Préciser le nom de l'option choisie)			
je choisis de souscrire la surcomplémentaire (Préciser le nom de l'option choisie)			
* Les cotisations réglées directement par le salarié afférentes aux adhésions facultatives sont prélevées d'avance sur son compte bancaire. Joindre dans ce cas le mandat de prélèvement SEPA daté et signé.			
RÈGLEMENT Par l'entreprise ou Par l'adhérent (statut professionnel en activité) (Retraité, licencié, suspension de contrat, bénéficiaire	Par prélèvement		

Mentions légales

En signant le présent bulletin d'adhésion, vous reconnaissez avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'information sur le contrat collectif auquel vous êtes affilié(e) à laquelle sont jointes en annexes la/ les grille(s) de garanties souscrites par votre entreprise auprès de SMATIS France, les garanties et services associés à votre couverture d'assurance complémentaire santé et leur notice d'information, ainsi que des informations légales relatives au contrat collectif souscrit. Ces documents vous ont été remis avec votre bulletin d'adhésion par votre entreprise, avec les Statuts de SMATIS France. SMATIS France s'negage pour le respect de l'environnement, en optant pour la dématérialisation des documents destinés à ses adhérents. Si vous ne souhaitez pas

recevoir vos documents sous format électronique, merci de cocher la case ci-contre 🔲 ou d'en faire la demande ultérieurement. Fait à, le.....

Visa de l'intermédiaire d'assurance

Signature de l'adhérent

(précédé de la mention «lu et approuvé»)



Page 1/3 - Version juin 2023

