

# Mises à jour d'affiliation

## Base obligatoire confort

Raison sociale de votre entreprise : \_\_\_\_\_

### Choix de l'adhésion

ISOLE  DUO  FAMILLE

### Choix de l'option facultative (1)

SERENITE  PREMIUM

### Choix de la surcomplémentaire facultative (2)

EXCELLENCE

### Votre régime

ENSEMBLE DU PERSONNEL **ou**  SALARIES RELEVANT **ou**  SALARIES NE RELEVANT PAS  
des art. 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947 des art. 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947

Date d'effet de la demande de modification : / / Personnes à affilier au régime :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Date de Naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

N° de tél : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'assurance : \_\_\_\_\_ Nombre d'enfant(s) à charge : \_\_\_\_\_

Situation familiale :  Célibataire  Marié(é)  Veuf(ve)  Divorcé(é)  Autre : \_\_\_\_\_

### Mises à jour d'ayants droit :

\* L'adhésion des ayants droit à l'option et à la surcomplémentaire facultative est subordonnée à l'adhésion du salarié sur cette dernière.

	Nom et Prénom	Surcomplémentaire (facultatif)*	Date de naissance	N° sécurité sociale
Conjoint		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Enfant(s)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

### Dispositions spécifiques à l'assurance Frais Médicaux

#### Pièces à joindre :

- pour les salariés et/ou conjoints : copie de l'attestation de sécurité sociale
- pour les concubins : copie de l'attestation de sécurité sociale et certificat de vie maritale
- pour le pacs : attestation de moins de 3 mois délivrée par le greffe du tribunal d'instance du lieu de naissance ou domicile
- pour les enfants à charge : copie de l'attestation de sécurité sociale et certificat de scolarité
- quelle que soit la situation de famille, un RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL pour le paiement des prestations
- en cas de souscription à une option, veuillez joindre le mandat SEPA avec votre bulletin d'affiliation (mandat SEPA disponible sur [elanova.mutuaconseil.fr](http://elanova.mutuaconseil.fr) ou faire la demande par mail [affiliation@gerep.fr](mailto:affiliation@gerep.fr))

N.B : L'assuré a le droit de refuser la télétransmission de ses prestations Santé. Dans ce cas, cochez la case ci-contre

N.B : L'assuré a le droit de refuser la télétransmission des prestations Santé de ses enfants affilié(s). Dans ce cas, cochez la case ci-contre

N.B : L'assuré a le droit de refuser la télétransmission des prestations Santé de son conjoint affilié. Dans ce cas, cochez la case ci-contre

*Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus qui serviront de base à l'affiliation à intervenir et je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité de l'affiliation, conformément au contrat souscrit par l'Entreprise auprès de l'organisme assureur*

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Nom, Fonction & signature du représentant  
de l'entreprise, cachet de l'entreprise :

Signature de l'assuré, précédée de la mention  
« lu et approuvé » :

(1) l'option permet d'améliorer l'ensemble des garanties (cf. guide de gestion);

(2) la surcomplémentaire permet d'améliorer certaines garanties dont la prise en charge des dépassements d'honoraires (cf. guides de gestion).