BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION SANTÉ ENTREPRISE

Fait à : . Le :



$_{ extstyle e$		Cachet:
Nom: Prénom:		····
☐ Agence ☐ Conseiller enregistré à l'ORIAS n° : ☐ ☐ ☐		
À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR Toutes les réponses sont obligatoire	es. Sauf lorsque figure un astérisque/*)	
Raison sociale :		Cachet de l'entreprise :
Collège :Formule souscrite :		
AFFILIATION DU CONJOINT ET DES AYANTS DROIT, À TITRE 🔲 OBLIGA	TOIRE EACHILTATIE	
ATTILIATION DO CONSOINT ET DES ATANTS DROTT, A TITRE 📋 OBLIGA	PACOLIATIF	
AFFILIATION DU SALARIÉ	MR	
NomNor	n de naissance	Pránom
Motif de l'inscription : Adhésion Embauche Date d'effet		FIGHORI
N° de S.S.	No d'avanisma d'affiliation	Pays
Numéro obligatoire pour les échanges Noémie		voir encadre en bas de page
Adresse		
Code Postal Ville Ville		
Nombre d'enfant(s) à charge adresse mail*	Tél. portable*	
N° C.N.I ou de passeport Dé	livré(e) le parJoindre un	e photocopie de la C.N.I (Carte Nationale d'identité) ou du Passeport
Situation familiale	on libre 🔲 Divorcé(e) 🗀 Séparé(e) 🗀 Veuf(ve)
Bénéficiaire de l'indemnité funéraire ⁽¹⁾ : NOM :né(e) le :	à: Prénoms :	Pavs :
*	ase yous acceptez de recevoir des informations sur votre contrat ou	des offres commerciales de l'ADEP, par mail et par téléphone portable
AFFICIATION CONJOINT & ATANTS DROTTS —		
1 Nom:	Prénom :	
		Enfant Autre:
N°de Sécurité sociale Bénéficiaire de l'indemnité funéraire et le cas échéant de l'option allocation frais o	Numéro obligatoire pour les échanges Noémie	Dufusus
Beneficiaire de l'indemnite funeraire et le cas echeant de l'option allocation frais o Nom de naissance :né(e) le :né(e) le :né(e) le :né(e) le :né(e) le :		
2 Nom:		
Sexe: F M Né(e) le: Lien avec	c l'Adhérent(e):	Enfant Autre:
N°de Sécurité sociale	Numéro obligatoire pour les échanges Noémie	
Bénéficiaire de l'indemnité funéraire et le cas échéant de l'option allocation frais o	bsèques(1): NOM:	Prénoms :
Nom de naissance :né(e) le :	à : Code postal :	Pays:
3 Nom:		
Sexe : DF M Né(e) le : Lien avec		Enfant L Autre :
N°de Sécurité sociale	Numéro obligatoire pour les échanges Noémie	
Bénéficiaire de l'indemnité funéraire et le cas échéant de l'option allocation frais o Nom de naissance :	bseques("): NOM:	Prenoms:
4 Nom:		
Sexe: F M Né(e) le: Lien avec	: l'Adhérent(e): Conjoint, concubin, PACS	Enfant Autre:
N°de Sécurité sociale	Numéro obligatoire pour les échanges Noémie	2.1.4.1.5
Bénéficiaire de l'indemnité funéraire et le cas échéant de l'option allocation frais o		Prénoms :
Nom de naissance :né(e) le :	à : Code postal :	
Date d'effet souhaitée : (1) Bénéficiain plus, le ou les	e de l'indemnité funéraire : Le capital est versé à la personne ayar bénéficiaires dans le Bulletin Individuel d'Affiliation (renseigner le	nt réglé les frais d'obsèques. L'Assuré peut désigner, en cas de sur- nom, nom de naissance, prénom, date et lieu de naissance [code
postal et villel) et ultérieurement, par avenant de l'adhésion. La désignation du l	bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing l'Assuré doit indiquer les coordonnées du bénéficiaire. La clause Assuré est attiré sur le fait que la désignation devient irrévocable
en cas d'acce	ptation par le bénéficiaire.	
COTISATION ET RÈGLEMENT DES ADHÉSIONS À TITRE FACU	JLTATIF (CONJOINT & AYANTS DROIT) LA	FORMULE EST IDENTIQUE À CELLE DU SALARI
	<u> </u>	€ Merci de compléter le mandat de pré-
NOMBRE D'ASSURÉS (CONJOINTS + AYANT(S) DROIT) :	<u> </u>	Merci de compléter le mandat de pré- lèvement SEPA ci-après. Joindre au mandat de prélèvement SEPA, d'ument complété et signé le relevé
NOMBRE D'ASSURÉS (CONJOINTS + AYANT(S) DROIT) : C Règlement par prélèvement, le 10 de chaque : Mois	<u> </u>	Merci de compléter le mandat de pré- lèvement SEPA ci-après . Joindre au mandat de prélèvement SEPA, dûment complété et signé le relevé d'identité bancaire ou postal s'y rapportant
NOMBRE D'ASSURÉS (CONJOINTS + AYANT(S) DROIT) :	OTISATION MENSUELLE TTC	Merci de compléter le mandat de pré- lèvement SEPA ci-après. Joindre au mandat de prélèvement SEPA, d'ument complété et signé le relevé
NOMBRE D'ASSURÉS (CONJOINTS + AYANT(S) DROIT): Règlement par prélèvement, le 10 de chaque : Mois en cas de paiement en espèces à L'adhésion:	et le financement du terrorisme : u criminelle au sens des articles L561-1 et suivants du Code Monétaire e	Merci de compléter le mandat de pré- lèvement SEPA ci-après . Joindre au mandat de prélèvement SEPA, dûment complété et signé le relevé d'identité bancaire ou postal s'y rapportant Signature de l'ADHÉRENT(E)
NOMBRE D'ASSURÉS (CONJOINTS + AYANT(S) DROIT) : Règlement par prélèvement, le 10 de chaque : Mois EN CAS DE PAIEMENT EN ESPÈCES À L'ADHÉSION : Merci de préciser l'origine des fonds (salaire, épargne,), en vertu de la loi sur le blanchiment des capitaux «Je certifie sur l'honneur que les sommes versées au titre de cette adhésion n'ont pas d'origine délictueuse o	et le financement du terrorisme : u criminelle au sens des articles L561-1 et suivants du Code Monétaire e	Merci de compléter le mandat de pré- lèvement SEPA ci-après . Joindre au mandat de prélèvement SEPA, dûment complété et signé le relevé d'identité bancaire ou postal s'y rapportant Signature de l'ADHÉRENT(E)
NOMBRE D'ASSURÉS (CONJOINTS + AYANT(S) DROIT) : Règlement par prélèvement, le 10 de chaque : Mois EN CAS DE PAIEMENT EN ESPÈCES À L'ADHÉSION : Merci de préciser l'origine des fonds (salaire, épargne,), en vertu de la loi sur le blanchiment des capitaux «Je certifies ur l'honneur que les sommes versées au titre de cette adhésion n'ont pas d'origine délictueuse o et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code Pénal et 415 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des cap	et le financement du terrorisme : u criminelle au sens des articles L561-1 et suivants du Code Monétaire e	Merci de compléter le mandat de pré- lèvement SEPA ci-après . Joindre au mandat de prélèvement SEPA, dûment complété et signé le relevé d'identité bancaire ou postal s'y rapportant Signature de l'ADHÉRENT(E)
NOMBRE D'ASSURÉS (CONJOINTS + AYANT(S) DROIT) : Règlement par prélèvement, le 10 de chaque : Mois EN CAS DE PAIEMENT EN ESPÈCES À L'ADHÉSION : Merci de préciser l'origine des fonds (salaire, épargne,), en vertu de la loi sur le blanchiment des capitaux «Je certifie sur l'honneur que les sommes versées au titre de cette adhésion n'ont pas d'origine délictueuse o et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des cap Bleue et ADEP ont des obligations légales et réglementaires de déclaration de soupçon à TRACFIN.» DÉCLARATIONS ET SIGNATURES Je certifie la sincérité et l'exactitude des déclarations et informations données Ces informations peuv	et le financement du terrorisme : u criminelle au sens des articles L561-1 et suivants du Code Monétaire et itaux et au financement du terrorisme et déclare être pleinement informent être également utilisées aux fins d'études statistiques et à de la CN	Merci de compléter le mandat de pré- lèvement SEPA ci-après . Joindre au mandat de prélèvement SEPA, d'ument complété et signé le relevé d'identité bancaire ou postal s'y rapportant Signature de l'ADHÉRENT(E) et Financier, 324-1 (payeur des cotisations) Ill. concernant la protection de leurs données personnelles, à l'adresse
NOMBRE D'ASSURÉS (CONJOINTS + AYANT(S) DROIT) : Règlement par prélèvement, le 10 de chaque : Mois EN CAS DE PAIEMENT EN ESPÈCES À L'ADHÉSION : Merci de préciser l'origine des fonds (salaire, épargne,), en vertu de la loi sur le blanchiment des capitaux «Je certifie sur l'honneur que les sommes versées au titre de cette adhésion n'ont pas d'origine délictueuse et suivants, 421-2-2 de 1421-5 du Code Pénal et 415 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des car Bleue et ADEP ont des obligations légales et réglementaires de déclaration de soupçon à TRACFIN.» DÉCLARATIONS ET SIGNATURES Je certifie la sincérité et l'exactitude des déclarations et informations données sur la présente demande d'adhésion me concernant ainsi que celles des assurés Les données collectée.	et le financement du terrorisme : u criminelle au sens des articles L561-1 et suivants du Code Monétaire e itaux et au financement du terrorisme et déclare être pleinement inform ent être également utilisées aux fins d'études statistiques et à de la CN (sauf opposition). s par voie de formulaires et présentées comme obligatoires 75007 Pe	Merci de compléter le mandat de pré- lèvement SEPA ci-après . Joindre au mandat de prélèvement SEPA, d'ument complété et signé le relevé d'identité bancaire ou postal s'y rapportant Signature de l'ADHÉRENT(E) at Financier, 324-1 (payeur des cotisations) IIL concernant la protection de leurs données personnelles, à l'adresse : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy,
NOMBRE D'ASSURÉS (CONJOINTS + AYANT(S) DROIT) : Règlement par prélèvement, le 10 de chaque : Mois EN CAS DE PAIEMENT EN ESPÈCES À L'ADHÉSION : Merci de préciser l'origine des fonds (salaire, épargne,), en vertu de la loi sur le blanchiment des capitaux Je certifie sur l'honneur que les sommes versées au titre de cette adhésion n'ont pas d'origine délictueuse o et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code Pénal et 415 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des cap Bleue et ADEP ont des obligations légales et réglementaires de déclaration de soupçon à TRACFIN.» DÉCLARATIONS ET SIGNATURES Je certifie la sincérité et l'exactitude des déclarations et informations données sur la présente demande d'adhésion me concernant ainsi que celles des assurés garantis. Conformément à l'article 9 de la Loi n° 89-1009, dite « Loi Evin » du 31 déés lors qu'elles nes nécessaires la mise et nécessaires à la mise et nécessaires de mes nécessaires à la mise et nécessaires de mes nécessaires à la mise et nécessaires à la mise et nécessaires de néces nécessaires à la mise et nécessaires de néces nécessaires de néces nécessaires de néces nécessaires nécessaires nécessaires nécessaires néces néces	et le financement du terrorisme : u criminelle au sens des articles L561-1 et suivants du Code Monétaire e ut criminelle au sens des articles L561-1 et suivants du Code Monétaire e ut criminelle au sens des articles L561-1 et suivants du Code Monétaire e ut être également utilisées aux fins d'études statistiques et à de la CN (sauf opposition). s par voie de formulaires et présentées comme obligatoires ont pas indiquées comme facultatives par une ('), et sont an œuvre de ce traitement. En cas de réponse incomplète de	Merci de compléter le mandat de pré- lèvement SEPA ci-après . Joindre au mandat de prélèvement SEPA, d'ument complété et signé le relevé d'identité bancaire ou postal s'y rapportant Signature de l'ADHÉRENT(E) at Financier, 324-1 (payeur des cotisations) Ill. concernant la protection de leurs données personnelles, à l'adresse commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, ris. Pepte que mes données à caractère personnel soient utilisées par ADEP
NOMBRE D'ASSURÉS (CONJOINTS + AYANT(S) DROIT) : Règlement par prélèvement, le 10 de chaque : Mois EN CAS DE PAIEMENT EN ESPÈCES À L'ADHÉSION : Merci de préciser l'origine des fonds (salaire, épargne,), en vertu de la loi sur le blanchiment des capitaux Je certifie sur l'honneur que les sommes versées au titre de cette adhésion n'ont pas d'origine délictueuse or et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code Pénal et 415 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des cap Bleue et ADEP ont des obligations légales et réglementaires de déclaration de soupçon à TRACFIN.» DÉCLARATIONS ET SIGNATURES Je certifie la sincérité et l'exactitude des déclarations et informations données sur la présente demande d'adhésion me concernant ainsi que celles des assurés garantis. Conformément à l'article 9 de la Loi n° 89-1009, dite « Loi Evin » du 31 dés lors qu'elles nes sonécessaires la mise « décembre 1989 et l'article 2 de son Décret d'application, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité voire part, nous pourrie un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge Les données facultative Les données facultative les montant des frais restant à la charge facultative les donsées	et le financement du terrorisme : u criminelle au sens des articles L561-1 et suivants du Code Monétaire « ut criminelle au sens des articles L561-1 et suivants du Code Monétaire « uteritation de la CN (sauf opposition). s par voie de formulaires et présentées comme obligatoires ont pas indiquées comme facultatives par une (*), et sont au cœuvre de ce traitement. En cas de réponse incompiète de ons ne pas être en mesure de donner suite à votre demande à des s nous servent à mieux vous connaître dans le cadre de la	Merci de compléter le mandat de pré- lèvement SEPA ci-après . Joindre au mandat de prélèvement SEPA, d'ument complété et signé le relevé d'identité bancaire ou postal s'y rapportant Signature de l'ADHÉRENT(E) It Financier, 324-1 hé(e) que Mutuelle (payeur des cotisations) IIL concernant la protection de leurs données personnelles, à l'adresse c Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, ris. Pepte que mes données à caractère personnel soient utilisées par ADEP s fins commerciales
NOMBRE D'ASSURÉS (CONJOINTS + AYANT(S) DROIT) : Règlement par prélèvement, le 10 de chaque : Mois EN CAS DE PAIEMENT EN ESPÈCES À L'ADHÉSION : Merci de préciser l'origine des fonds (salaire, épargne,), en vertu de la loi sur le blanchiment des capitaux «Je certifie sur l'honneur que les sommes versées au titre de cette adhésion n'ont pas d'origine délictueuse o et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des capitaux «Je certifie sur l'honneur que les sommes versées au titre de cette adhésion n'ont pas d'origine délictueuse o et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des capitaux et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des capitaux et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des capitaux et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des capitaux et suivants des finas occapitaux et suivants des finas cordinations les des la mises des finas occasionnés par une maladie, une maternité objets ne sa décembre 1989 et l'article 2 de son Décret d'application, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité votre par les données collected de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit. Les données personnet de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit. Les données personnet de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit. Les données personnet de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit. Les données personnet de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit. Les données personnet de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit. Les données personnet de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit. Les données personnet de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit. Les données personnet de	et le financement du terrorisme : u criminelle au sens des articles L561-1 et suivants du Code Monétaire e u criminelle au sens des articles L561-1 et suivants du Code Monétaire e ititaux et au financement du terrorisme et déclare être pleinement inform ent être également utilisées aux fins d'études statistiques et à suivante (sauf opposition). s par voie de formulaires et présentées comme obligatoires ont pas indiquées comme facultatives par une (°), et sont an œuvre de ce traitement. En cas de réponse incomplète de ons ne pas être en mesure de donner suite à votre demande. es nous servent à mieux vous connaître dans le cadre de la e votre contrat. lelles ne sont pas conservées au-delà des durées applicables	Merci de compléter le mandat de pré- lèvement SEPA ci-après . Joindre au mandat de prélèvement SEPA, d'iment complété et signé le relevé d'identité bancaire ou postal s'y rapportant Signature de l'ADHÉRENT(E) et Financier, 324-1 (payeur des cotisations) Ill. concernant la protection de leurs données personnelles, à l'adresse : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, ris. repte que mes données à caractère personnel soient utilisées par ADEP sins commerciales repte que mes données à caractère personnel soient utilisées sa partenaires d'ADEP à des fins commerciales
NOMBRE D'ASSURÉS (CONJOINTS + AYANT(S) DROIT) : Règlement par prélèvement, le 10 de chaque : Mois EN CAS DE PAIEMENT EN ESPÈCES À L'ADHÉSION : Merci de préciser l'origine des fonds (salaire, épargne,), en vertu de la loi sur le blanchiment des capitaux «Je certifie sur l'honneur que les sommes versées au titre de cette adhésion n'ont pas d'origine délictueues et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des capitaux et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des capitaux et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des capitaux et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des capitaux et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des capitaux et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des capitaux et suivants des déclarations de soupçon à TRACFIN.» DÉCLARATIONS ET SIGNATURES Je certifie la sincérité et l'exactitude des déclarations et informations données collectées Conformément à l'article 9 de la Loi n° 89-1009, dite « Loi Evin » du 31 décembre 1989 et l'article 2 de son Décret d'application, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit de les des ous confidents de l'es des l'es	et le financement du terrorisme : u criminelle au sens des articles L561-1 et suivants du Code Monétaire e u criminelle au sens des articles L561-1 et suivants du Code Monétaire e ititaux et au financement du terrorisme et déclare être pleinement inform ent être également utilisées aux fins d'études statistiques et à suivante (sauf opposition). s par voie de formulaires et présentées comme obligatoires ont pas indiquées comme facultatives par une (°), et sont an œuvre de ce traitement. En cas de réponse incomplète de ons ne pas être en mesure de donner suite à votre demande. es nous servent à mieux vous connaître dans le cadre de la e votre contrat. elles ne sont pas conservées au-delà des durées applicables conservation des documents commerciaux et comptables En cas les qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre mention	Merci de compléter le mandat de pré- lèvement SEPA ci-après . Joindre au mandat de prélèvement SEPA, d'ument complété et signé le relevé d'identité bancaire ou postal s'y rapportant Signature de l'ADHÉRENT(E) et Financier, 324-1 (payeur des cotisations) IIL concernant la protection de leurs données personnelles, à l'adresse : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, ris. septe que mes données à caractère personnel soient utilisées par ADEP sins commerciales repte que mes données à caractère personnel soient utilisées
NOMBRE D'ASSURÉS (CONJOINTS + AYANT(S) DROIT): Règlement par prélèvement, le 10 de chaque : Mois EN CAS DE PAIEMENT EN ESPÈCES À L'ADHÉSION: Merci de préciser l'origine des fonds (salaire, épargne,), en vertu de la loi sur le blanchiment des capitaux «Je certifie sur l'honneur que les sommes versées au titre de cette adhésion n'ont pas d'origine délictueuse et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des capitaux et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des capitaux et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des capitaux et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des capitaux et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des capitaux et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des capitaux et suivants au des fina considerations des fractifs au des fina commerciales des fins commerciales de l'asunt et l'article 2 de son Décret d'application, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'asunt et d'article 2 de son Décret d'application, les remboursements ou le sindemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'asunt et d'application, les remboursements de toutes natures auxquels il a droit des soncés facultative de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit des soncés facultative de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit des soncés facultative de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit des soncés au des	et le financement du terrorisme : u criminelle au sens des articles L561-1 et suivants du Code Monétaire e l'atuax et au financement du terrorisme et déclare être pleinement informet du terrorisme et déclare être pleinement informet à par voir de formulaires et présentées comme obligatoires pont pas indiquées comme facultatives par une (°), et sont pas nétiquées comme facultatives par une (°), et sont pas nétiquées comme facultatives par une (°), et sont pas nétiquées comme facultatives par une (°), et sont pas cons ne pas être en mesure de donner suite à votre demande, es nous servent à mieux vous connaître dans le cadre de la votre contrat. **J'acc par le conservées au-delà des durées applicables les qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre conservation des documents commerciaux et comptables les qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre mention isseurs logiciels, réseaux,) d'ument habilités lorsque cette mentione vous ser cettement nécessaire pour la (ou les) finalités) déclarée(s).	Merci de compléter le mandat de pré- lèvement SEPA ci-après . Joindre au mandat de prélèvement SEPA, d'ument complété et signé le relevé d'identité bancaire ou postal s'y rapportant Signature de l'ADHÉRENT(E) et Financier, 324-1 (payeur des cotisations) IIL concernant la protection de leurs données personnelles, à l'adresse : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, ris. repte que mes données à caractère personnel soient utilisées par ADEP ins commerciales repte que mes données à caractère personnel soient utilisées se partenaires d'ADEP à des fins commerciales de souscription d'extension, le certificat d'adhésion définitif annt le numéro du contrat et votre numéro d'adhérent sera émis et a adressé prochainement par ADEP : 11 imm West Side - 21 JARRY- est Prolonaée 97122 BAIE MAHAULT SAS ADEP - société de courtage
NOMBRE D'ASSURÉS (CONJOINTS + AYANT(S) DROIT): Règlement par prélèvement, le 10 de chaque : Mois EN CAS DE PAIEMENT EN ESPÈCES À L'ADHÉSION: Merci de préciser l'origine des fonds (salaire, épargne,), en vertu de la loi sur le blanchiment des capitaux «Je certifie sur l'honneur que les sommes versées au titre de cette adhésion n'ont pas d'origine délictueuse et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code Pénal et 415 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des capitaux et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code Pénal et 415 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des capitaux et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code Pénal et 415 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des capitaux et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code Pénal et 415 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des capitaux et suivants des déclarations de soupçon à TRACFIN.» DÉCLARATIONS ET SIGNATURES Je certifie la sincérité et l'exactitude des déclarations et informations données sur la présente demande d'adhésion me concernant ainsi que celles des assurés sur la présente demande d'adhésion me concernant ainsi que celles des assurés sur la présente demande d'adhésion me concernant ainsi que celles des assurés commerciales. Le données collectée des lors qu'elles ne sur de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit des lors qu'elles que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut commerciale du contrat peut soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut le présort au coessib airi qu'elle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut le montre de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut le montre de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut le montre de l'assuré de souscription au oposition limitation des trits d	et le financement du terrorisme : u criminelle au sens des articles L561-1 et suivants du Code Monétaire de la taux et au financement du terrorisme et déclare être pleinement informent du terrorisme et déclare (sauf opposition). s par voie de formulaires et présentées comme obligatoires ont pas indiquées comme facultatives par une ('), et sont on œuvre de ce traitement. En cas de réponse incomplète de la chons ne pas être en mesure de donner suite à votre demande en outre de la chons de la cardical de la chons en conservent à mieux vous connaître dans le cadre de la evotre contrat. Illes ne sont pas conservées au-delà des durées applicables conservation des documents commerciaux et comptables les qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre par le cadre de la chons de la cadre de la evotre contrat. Illes ne sont pas conservées au-delà des durées applicables conservation des documents commerciaux et comptables les qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre mention insseurs logiciels, réseaux,) d'ument habilités lorsque cette cette mention le facement de la chons	Merci de compléter le mandat de pré- lèvement SEPA ci-après . Joindre au mandat de pré- prélèvement SEPA, d'ument complété et signé le relevé d'identité bancaire ou postal s'y rapportant Signature de l'ADHÉRENT(E) It Financier, 324-1 é(e) que Mutuelle (payeur des cotisations) Ill. concernant la protection de leurs données personnelles, à l'adresse commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, ris. Pepte que mes données à caractère personnel soient utilisées par ADEP fins commerciales repte que mes données à caractère personnel soient utilisées se partenaires d'ADEP à des fins commerciales de souscription d'extension, le certificat d'adhésion définitif nant le numéro du contrat et votre numéro d'adhérent sera émis et a adressé prochainement par ADEP : 11 imm West Side - ZI JARRY- est Prolongée 97122 BAIE MAHAULT SAS ADEP - société de courtage acres CS de Pointe à Pitre 480 434 281 inscrité à l'ORIAS sous le n'e
NOMBRE D'ASSURÉS (CONJOINTS + AYANT(S) DROIT): D'Règlement par prélèvement, le 10 de chaque : Mois EN CAS DE PAIEMENT EN ESPÈCES À L'ADHÉSION: Merci de préciser l'origine des fonds (salaire, épargne,), en vertu de la loi sur le blanchiment des capitaux "Je certifie sur l'honneur que les sommes versées au titre de cette adhésion n'ont pas d'origine délictueuse o et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code Pénal et 415 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des car Bleue et ADEP ont des obligations légales et réglementaires de déclaration de soupçon à TRACFIN.» DÉCLARATIONS ET SIGNATURES Je certifie la sincérité et l'exactitude des déclarations et informations données sur la présente demande d'adhésion me concernant ainsi que celles des assurés décembre 1989 et l'article 2 de son Décret d'application, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes ausureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix J'ai été informé que les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes ausureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie qu'elle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix Les informations recueilles à travers ce formulaire sont destinées à la gestion et au or protection des donnée procession des des contoix.	et le financement du terrorisme : u criminelle au sens des articles L561-1 et suivants du Code Monétaire d'itaux et au financement du terrorisme et déclare être pleinement informent du terrorisme et déclare être pleinement informent du terrorisme et déclare être pleinement informent de formulaires et présentées comme obligatoires par viole de formulaires et présentées comme obligatoires pont pas indiquées comme facultatives par une (°), et sont en cœuvre de ce traitement. En cas de réponse incomplète de ons ne pas être en mesure de donner suite à votre demande, es nous servent à mélieux vous connaître dans le cadre de la votre contrat. Elles ne sont pas conservées au-delà des durées applicables en conservation des documents commerciaux et comptables En cas mention des documents commerciaux et comptables else qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre insseurs logiciels, réseaux) d'ûment habilités lorsque cette cement nécessaire pour la (ou les) finalité(s) déclarée(s). mé peut demander l'accès, la rectification, l'effacement, une FFor en assur ne peut demander l'accès, la rectification, l'effacement, une FFor en assur des directives post mortem en écrivant a Délégué à la S (Anaxil), ADEP-574 Route de Corneilhan, 34500 Bèziers ou	Merci de compléter le mandat de pré- lèvement SEPA ci-après . Joindre au mandat de prélèvement SEPA, d'ument complété et signé le relevé d'identité bancaire ou postal s'y rapportant Signature de l'ADHÉRENT(E) at Financier, 324-1 hé(e) que Mutuelle (payeur des cotisations) IIL concernant la protection de leurs données personnelles, à l'adresse : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, ris. Pepte que mes données à caractère personnel soient utilisées par ADEP s' fins commerciales septe que mes données à caractère personnel soient utilisées se partenaires d'ADEP à des fins commerciales se partenaires d'ADEP à des fins commerciales de souscription d'extension, le certificat d'adhésion définitif nant le numéro du contrat et votre numéro d'adhérent sera émis et a adressé prochainement par ADEP : 11 imm West Side - 21 JARRY- est Prolongée 97122 BAIE MAHAULT SAS ADEP - société de courtage ance RCS de Pointe à Pitre 480 434 281 inscrite à l'ORIAS sous le n° 15 seuré par Mutuelle Bleue : Siège Social : 68, rue du Rocher - CS 60075
NOMBRE D'ASSURÉS (CONJOINTS + AYANT(S) DROIT): D'Règlement par prélèvement, le 10 de chaque : Mois EN CAS DE PAIEMENT EN ESPÈCES À L'ADHÉSION: Merci de préciser l'origine des fonds (salaire, épargne,), en vertu de la loi sur le blanchiment des capitaux "Je certifie sur l'honneur que les sommes versées au titre de cette adhésion n'ont pas d'origine délictueuse o et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code Pénal et 415 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des cap Bleue et ADEP ont des obligations légales et réglementaires de déclaration de soupçon à TRACFIN." DÉCLARATIONS ET SIGNATURES Je certifie la sincérité et l'exactitude des déclarations et informations données sur la présente demande d'adhésion me concernant ainsi que celles des assurés décembre 1989 et l'article 2 de son Décret d'application, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes des l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes des l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes de prescription et de te ne seront accession le qu'elle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peu de que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. J'ai été informé que les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que contr	et le financement du terrorisme : u criminelle au sens des articles L561-1 et suivants du Code Monétaire d' itaux et au financement du terrorisme et déclare être pleinement inform u criminelle au sens des articles L561-1 et suivants du Code Monétaire d' itaux et au financement du terrorisme et déclare être pleinement inform and de la CN (sauf opposition). s par voie de formulaires et présentées comme obligatoires ont pas indiquées comme facultatives par une (°), et sont on cœuvre de ce traitement. En cas de réponse incomplète de ons ne pas être en mesure de donner suite à votre demande, es nous servent à mileux vous connaître dans le cadre de la ovidre contrat. elles ne sont pas conservées au-delà des durées applicables conservation des documents commerciaux et comptables. Elles ne sont pas conservées au-delà des durées applicables conservation des documents commerciaux et comptables. En cas mention na ut raitement, la portabilité de ses données ou introduire re des directives post mortem en écrivant au Délégué à la s (Anaxil), ADEP-574 Route de Cornellina, 34500 Bèziers ou dpo@adep.com. Plus de détails sur https://www.adep.com/ -75396 -76396	Merci de compléter le mandat de pré- lèvement SEPA ci-après . Joindre au mandat de prélèvement SEPA, d'ument complété et signé le relevé d'identité bancaire ou postal s'y rapportant Signature de l'ADHÉRENT(E) Il concernant la protection de leurs données personnelles, à l'adresse commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, ris. Peple que mes données à caractère personnel soient utilisées par ADEP sins commerciales reple que mes données à caractère personnel soient utilisées se peple que mes données à caractère personnel soient utilisées se partenaires d'ADEP à des fins commerciales de souscription d'extension, le certificat d'adhésion définitif nant le numéro du contrat et votre numéro d'adhérent sera émis et a adressé prochainement par ADEP : 11 imm West Side - ZI JARRY- est Prolongée 97122 BAIE MAHAULT SAS ADEP - société de courtage ance RCS de Pointe à Pitre 480 434 281 inscrite à l'ORIAS sous le n' 15 ssuré par Mutuelle Bleue : Siège Social : 68, rue du Rocher - CS 60075 Paris cedex 08, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité de au répertoire Sirène sous le n' 775 671 993 Autorité de Contrôle
NOMBRE D'ASSURÉS (CONJOINTS + AYANT(S) DROIT): D'Règlement par prélèvement, le 10 de chaque : Mois EN CAS DE PAIEMENT EN ESPÈCES À L'ADHÉSION: Merci de préciser l'origine des fonds (salaire, épargne,), en vertu de la loi sur le blanchiment des capitaux »Je certifie sur l'honneur que les sommes versées au titre de cette adhésion n'ont pas d'origine délictueuse o et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code Pénal et 415 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des cap Bleue et ADEP ont des obligations légales et réglementaires de déclaration de soupçon à TRACFIN.» DÉCLARATIONS ET SIGNATURES Je certifie la sincérité et l'exactitude des déclarations et informations données sur la présente demande d'adhésion me concernant ainsi que celles des assurés conformément à l'article 9 de la Loi n° 89-1009, dite « Loi Evin » du 31 décembre 1989 et l'article 2 de son Décret d'application, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charce de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peu obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix J'ai été informé que les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie qu'elle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut de l'aux tiers (four organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie ur le que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut de l'aux tiers (four organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garentie profection des données response de le contrat peut profection en	et le financement du terrorisme : u criminelle au sens des articles L561-1 et suivants du Code Monétaire d' itaux et au financement du terrorisme et déclare être pleinement inform u criminelle au sens des articles L561-1 et suivants du Code Monétaire d' itaux et au financement du terrorisme et déclare être pleinement inform and de la CN (sauf opposition). s par voie de formulaires et présentées comme obligatoires ont pas indiquées comme facultatives par une (°), et sont on cœuvre de ce traitement. En cas de réponse incomplète de ons ne pas être en mesure de donner suite à votre demande, es nous servent à mileux vous connaître dans le cadre de la ovidre contrat. elles ne sont pas conservées au-delà des durées applicables conservation des documents commerciaux et comptables. Elles ne sont pas conservées au-delà des durées applicables conservation des documents commerciaux et comptables. En cas mention na ut raitement, la portabilité de ses données ou introduire re des directives post mortem en écrivant au Délégué à la s (Anaxil), ADEP-574 Route de Cornellina, 34500 Bèziers ou dpo@adep.com. Plus de détails sur https://www.adep.com/ -75396 -76396	Merci de compléter le mandat de pré- lèvement SEPA ci-après . Joindre au mandat de prélèvement SEPA, d'unent complété et signé le relevé d'identité bancaire ou postal s'y rapportant Signature de l'ADHÉRENT(E) at Financier, 324-1 lé(e) que Mutuelle Signature de l'ADHÉRENT(E) (payeur des cotisations) Ill. concernant la protection de leurs données personnelles, à l'adresse commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, ris. Lepte que mes données à caractère personnel soient utilisées par ADEP s'ins commerciales septe que mes données à caractère personnel soient utilisées se partenaires d'ADEP à des fins commerciales de souscription d'extension, le certificat d'adhésion définitif and ressé prochainement par ADEP: 11 imm West Side - ZI JARRY- est Prolongée 97122 BAIE MAHAULT SAS ADEP - société de courtage ance RCS de Pointe à Pitre 480 434 281 inscrite à l'ORIAS sous le n° 15 Paris cedex 08, Mutuelle Bleue : Siège Social: 68, rue du Rocher - CS 60075 Paris cedex 08, Mutuelle règie par le Livre II du Code de la Mutualité

Précédé de la mention «lu et approuvé»



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Signature de l'Adhérent(e)

RÉFÉRENCE UNIQUE DE MANDAT N°

Cadre réservé à ADEP

DÉBITEUR: Nom, Prénom Votre adresse : Code Postal:_ Ville: Pays: Coordonnées IBAN du compte à débiter (International Bank Acount Number) BIC: En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ADEP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'ADEP.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé; sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non

Fait à : le

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

			٨	/lar	nda	at

Type de paiement :

CRÉANCIER: ADEP

CS 80618 574 route de Corneilhan 34535 BÉZIERS CEDEX

I.C.S.: F|R|8|6|Z|Z|2|5|1|6|1|5|1

Identifiant Créancier SEPA

Ponctuel/Unique Récurrent/Répétitif

Mandat à retourner complété et signé à : ADEP - CS 80618 - 574 Route de Corneilhan - 34535 BÉZIERS CEDEX

ADEP - CS 80618 - 574 Houte de Corriellial - 34535 BEZIERS CEDEX. Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n'2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, l'Adhérent(e), l'Assuré(e) ou le Bénéficiaire, bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et de portabilité des données, ainsi que de limitation ou d'opposition au traitement des données le concernant. Ces droits peuvent être exercés en s'adressant au Délégué à la protection des données, DPO ADEP - 574 route de Comeilhan - CS 80618 - 34535 BEZIERS cedex ou par e-mail à dpo@adep.com.

En outre, les Assurés ont la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel applicables

a l'emacement et a la communication de leurs données à caractere personnel applicables après leur décès.

Les données à caractère personnel ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement, sous réserve du respect des délais de conservation rendus nécessaires par la loi (notamment par l'effet des prescriptions légales). En cas de désaccord, l'Adhérent(e), l'Assuré(e) et le Bénéficiaire, peuvent introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris

001



LISTE DES PIÈCES À RÉCUPÉRER OU À REMETTRE À LA SOUSCRIPTION D'UN CONTRAT COMPÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE

	1 - DEVOIR DE CONSEIL					
	2 - DEVIS / PROPOSITION COMMERCIALE					
	3 - L'ADHÉSION DU SALARIÉ					
	3.1 - LE BULLETIN D'ADHÉSION INDIVIDUEL D'AFFILIATION SIGNÉ					
	3.2 - PIÈCES À JOINDRE PAR LE SALARIÉ - SOCLE ET EXTENSION					
	IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ ET DES BÉNÉFICIAIRES					
	Copie recto / verso d'une pièce d'identité en cours de validité (CNI / <u>ou</u> passeport / <u>ou</u> permis de conduire / <u>ou</u> carte de séjour / <u>ou</u> copie du livret de famille / <u>ou</u> extrait d'acte de naissance / <u>ou</u> tout document officiel administratif mentionnant la perte, le vol ou le renouvellement)					
	RIB ou RICE pour ou en-tête d'un relevé bancaire					
	Mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé					
	EMBOURSEMENTS SANTÉ					
	Attestation du régime obligatoire / <u>ou</u> le dernier décompte du régime obligatoire / <u>ou</u> la copie de l'en-tête de la fiche de paye avec la qualification de poste (aucun détail concernant la rémunération ne doit apparaitre)					
	RIB ou RICE (si différent) pour recevoir les prestations ou en-tête d'un relevé bancaire,					
	3.3 - PIÈCES À JOINDRE PAR LE SALARIÉ - SURCOMPLÉMENTAIRES Le bulletin d'affiliation surcomplémentaire dûment complété et signé					
$\overline{\Box}$	Mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé					
	Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) <u>ou</u> RICE du salarié <u>ou</u> en-tête d'un relevé bancaire pour le paiement des cotisations					
	: ■3.4 - PIÈCES À REMETTRE À L'ADHÉRENT					
	LES DOCUMENTS CONTRACTUELS					
	Notice d'information Surcomplémentaire					
	Statuts de l'Association APC					
	Reçu de règlement					
	Fiche produit pré-contractuelle Santé Collective (IPID)					
	Fiche produit pré-contractuelle Surcomplémentaire (IPID)					
	Grille de garanties souscrite					
$\overline{\Box}$	Livret d'accueil salarié					
N						
Nom di	J salarié : le : le : Signature de l'assuré Signature de votre conseiller					



