



Mettez le cap sur la santé !

Av. Gustave Eiffel – B.P. 510 – 11105 NARBONNE Cedex
04 68 42 22 81 - contact@viazimut.fr - www.viazimut.fr

BULLETIN D'AFFILIATION

IDENTIFICATION DE L'ADHERENT

Nom : Prénoms : Date de naissance :

Adresse : Code Postal : Ville :

Tél : Tél Portable : Courriel :

Régime général TNS Autres : N° Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SITUATION FAMILIALE : Célibataire Marié Pacsé Vie commune Divorcé Veuf

SITUATION PROFESSIONNELLE :

Affectation : Service :

Emploi : Date d'embauche :

Contrat de travail : CDI CDD Autres :

Date fin de contrat :

CONJOINT CONCUBIN PACS VIE COMMUNE

Nom : Prénoms : Date de naissance :

Nom jeune fille : Régime général TNS Autres : N° Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VOTRE CONJOINT EST EMPLOYÉ ASF :

Affectation : Service :

Emploi : Date d'embauche :

Contrat de travail : CDD CDI AUTRE :

ENFANT(S) OU PERSONNE(S) A CHARGE

Nom & Prénoms	Parenté	Date de naissance	N° Sécurité sociale
.....
.....
.....

J'ADHERE AU CONTRAT SOCLE OBLIGATOIRE EN TANT QUE :

<input type="checkbox"/> PERSONNE SEULE	<input type="checkbox"/> FAMILLE
Pour renforcer mes garanties, je choisis d'adhérer :	Pour renforcer mes garanties, je choisis d'adhérer pour ma famille à charge et moi même :
<input type="checkbox"/> au contrat complet « TURBO »	<input type="checkbox"/> au contrat complet « TURBO »
<input type="checkbox"/> au contrat complet « EXTREME »	<input type="checkbox"/> au contrat complet « EXTREME »

Je reconnais avoir eu connaissance des cotisations mensuelles correspondantes, qui seront prélevées sur mon salaire. (si CDI)
MON CHOIX DE CONTRAT SERA VALABLE 3 ANS - Année civile d'adhésion et les deux années civiles suivantes - Sauf en cas d'évolution de ma situation personnelle (départ de la société, mariage, signature d'un PACS, vie commune, naissance, divorce, rupture d'un PACS, rupture de vie commune, décès du conjoint).



- Un relevé d'identité bancaire ou postal pour le remboursement des prestations et/ou le paiement des cotisations.
- La photocopie de l'attestation papier de la carte vitale de tous les bénéficiaires.
- Un certificat de scolarité ou tout autre justificatif pour un enfant de plus de 21 ans dans la situation suivante : étudiant, demandeur d'emploi, contrats précaires (apprentissage, CAE, qualification...).
- Si vous vivez en concubinage, la copie du certificat de concubinage ou une déclaration sur l'honneur.
- Si vous avez signé un PACS, la copie du contrat.

En cas de dénonciation de votre adhésion, vous devez nous faire parvenir votre carte de tiers payant.

INFOS PRATIQUES

LA PREMIÈRE ANNÉE, TOUT FORFAIT EST ATTRIBUÉ AU PRORATA DU NOMBRE DE MOIS D'ADHÉSION.

En vertu des dispositions de l'article 27 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 de la CNIL, nous vous informons du caractère obligatoire des réponses pour pouvoir adhérer à la Viazimut. Vous avez un droit d'accès et de rectification de ces informations à tout instant.

IMPORTANT

Je refuse que les informations données soient transmises à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, en vue du traitement de mes décomptes de prestations par échanges de données informatiques (NOEMIE).

J'atteste sur l'honneur que les renseignements fournis sur ce bulletin sont exacts.

Fait à le

Signature
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Cadre réservé à VIAZIMUT