



APICIL PREVOYANCE

Gestion FM KEOLIS

38, rue François Peissel - BP 127

69 643 CALUIRE ET CUIRE Cedex

N° tel : APICIL CONSEIL : 0974 500 600

Document à retourner à :



**BULLETIN D’AFFILIATION
GARANTIE FRAIS MEDICAUX
PROLONGATIONS DE GARANTIES
ASSURES INACTIFS ET RETRAITES**

Keolis Lyon

DEMANDE : AFFILIATION MODIFICATION

SA KEOLIS LYON - 19 boulevard Vivier Merle – 69003 LYON – N° d’adhérent CARCEPT-Prévoyance : **001690010T00**

PARTIE A REMPLIR PAR L’ASSURE

M. Mme Mlle Numéro de Sécurité sociale

Nom Nom de jeune fille Prénom

Né(e) à

Adresse

Code postal Ville

Téléphone personnel : Mail :

Date du début du maintien des garanties :

MODALITES D’AFFILIATION

Nous vous remercions d’indiquer dans le tableau ci-dessous votre choix d’affiliation.

Certaines situations personnelles nécessitent des pièces justificatives complémentaires.

La liste de ces pièces à joindre figure dans la notice d’information qui vous a été remise par votre employeur.

<input type="checkbox"/> Personne seule contrat n°5626	<input type="checkbox"/> Concubin / Conjoint contrat n°5627	<input type="checkbox"/> Enfant à charge contrat n°5628
--	---	---

PERSONNES A AFFILIER

Situation de famille	Nom	Nom de jeune fille	Prénom	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale
Conjoint(e) <input type="checkbox"/>					
ou concubin(e) <input type="checkbox"/>					
ou pacsé(e) <input type="checkbox"/>					

PERSONNES A CHARGE (différentes de conjoint(e), concubin(e), pacsé(e))

Nom	Prénom	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale

MODIFICATION DE SITUATION DE FAMILLE

Nature de la modification :

Date d’effet souhaitée

<p>SIGNATURE DE L’ASSURE</p> <p>Je soussigné(e) _____ certifie complets et exacts les renseignements portés sur ce bulletin.</p> <p>Je m’engage à me conformer aux conditions générales de la CARCEPT-Prévoyance.</p> <p>Fait à : _____ Le : _____</p> <p>Signature du salarié :</p>	<p>CACHET DE L’EMPLOYEUR</p> <p>Nom, Prénom, Qualité :</p>
---	---



QUAND ET POURQUOI NOUS TRANSMETTRE CE BULLETIN ?

Quand un salarié quitte l'entreprise et désire continuer à bénéficier de la garantie frais médicaux et chirurgicaux. Afin d'éviter toute rupture de la couverture maladie, ce bulletin doit nous être adressé en même temps que la demande de radiation du salarié au régime obligatoire.

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU PRESENT BULLETIN

- photocopie des attestations accompagnant la Carte Vitale, ainsi que celle du conjoint(e) immatriculé(e), en cours de validité et à l'adresse que vous nous communiquez,
- relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne,
- autorisation de prélèvement dûment complétée et signée,
- pour les enfants de moins de 21 ans, s'ils ne figurent pas sur l'attestation vitale de l'assuré, celle de son conjoint / concubin / partenaire lié par un PACS et, pour les enfants de moins de 28 ans, fournir suivant leur situation :
 - Pour les étudiants : certificat de scolarité ou justificatif d'affiliation à la Sécurité sociale des étudiants,
 - Pour les apprentis : photocopie du contrat d'apprentissage,
 - Pour les enfants titulaires de la carte d'invalidité : photocopie de la carte d'invalidité,
 - Pour les demandeurs d'emploi : justificatif d'inscription sur les registres de POLE EMPLOI

CARTE DE TIERS PAYANT ACTIL

Mon adhésion permettant la délivrance d'une carte de Tiers payant ACTIL ouvrant droit à certains services complémentaires dans les conditions prévues au contrat d'adhésion, je m'engage :

- à utiliser la carte de Tiers payant ACTIL qui me sera remise dans les seules conditions fixées par CARCEPT-PREVOYANCE,
- à restituer, sans délai, ma carte de Tiers payant ACTIL au départ de l'entreprise.

PROCEDURE DE TRANSFERT DES INFORMATIONS CONTENUES DANS LES FICHIERS INFORMATIQUES DES CAISSES PRIMAIRES D'ASSURANCE MALADIE

Afin de réduire les délais de remboursement et de vous éviter de nous envoyer vos décomptes de Sécurité sociale, une procédure de transfert des informations contenues dans les fichiers informatiques des caisses primaires d'assurance maladie a été mise en place (procédure NOEMIE). **Sauf avis contraire de votre part**, vous bénéficiez de cet avantage.

Si j'accepte la procédure, je m'engage à vous prévenir de tous changements pouvant intervenir dans ma situation (notamment mon départ de l'entreprise) et à vous rembourser toute somme indûment perçue en cas d'oubli. En cas de refus, je devrai vous transmettre mes décomptes de Sécurité sociale pour être remboursé.

Vous avez la possibilité de demander la non-application de cette procédure pour un (ou plusieurs) membre de votre famille qui souhaiterait bénéficier en priorité de son propre contrat souscrit auprès de son employeur.

NB : conformément aux dispositions relatives à la loi sur l'informatique et les libertés, vous pouvez obtenir, à tout moment, communication et le cas échéant rectification des informations vous concernant.

