



Document à retourner à :

**BULLETIN D’AFFILIATION
GARANTIE FRAIS MEDICAUX
SALARIES DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL
EST SUSPENDU**

**DEMANDE :** AFFILIATION MODIFICATION **SA KEOLIS LYON -19 boulevard Vivier Merle – 69003 LYON - N° adhérent CARCEPT-Prévoyance : 001690010T00****PARTIE A REMPLIR PAR L’ASSURE**

M. <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/>	Mlle <input type="checkbox"/>	Numéro de Sécurité sociale	<input type="text"/>
Nom <input type="text"/>		Nom de jeune fille <input type="text"/>		Prénom <input type="text"/>
Né(e) <input type="text"/>		Adresse <input type="text"/>		
Code postal <input type="text"/>		Ville <input type="text"/>		
Téléphone personnel : <input type="text"/>		Mail : <input type="text"/>		
Date de début du maintien des garanties : <input type="text"/>		Motif : <input type="text"/>		

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"/> Isolé contrat n°5629	<input type="checkbox"/> Isolé + 2 enfants contrat n°5631	<input type="checkbox"/> Couple contrat n°5633	<input type="checkbox"/> Couple + 2 enfants contrat n°5635
<input type="checkbox"/> Isolé + 1 enfant contrat n°5630	<input type="checkbox"/> Isolé + 3 enfants et plus contrat n°5632	<input type="checkbox"/> Couple + 1 enfant contrat n°5634	<input type="checkbox"/> Couple + 3 enfants et plus contrat n°5636

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 :	<input type="text"/>
Date d’effet souhaitée	<input type="text"/>

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



QUAND ET POURQUOI NOUS TRANSMETTRE CE BULLETIN ?

Quand un salarié de KEOLIS LYON bénéficie d'une suspension de son contrat de travail pour congé sans solde, congé parental d'éducation, congé sabbatique, ...il peut bénéficier à sa demande du maintien des garanties de remboursement des frais de santé pendant toute la durée de suspension de son contrat de travail.

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 collectif.

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.

