



BULLETIN DE SOUSCRIPTION FRAIS DE SANTE
« Anciens Salariés et Salariés en suspension de contrat de travail »

N° CGAM : 6859 - 6860

Ce bulletin est à compléter à l'ENCRE NOIRE, EN MAJUSCULE.
Les pièces justificatives à joindre à votre demande d'affiliation sont listées au verso de ce document.

INFORMATIONS SUR L'ANCIEN SALARIÉ

Nom Prénom

Adresse

Code postal Ville

N° de téléphone

N° Sécurité sociale Date de naissance

Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Concubin(e) ☐ P.A.C.S. ☐

Date de sortie de l'entreprise

Statut Cadre ☐ Non Cadre ☐

E-mail @

Choix de l'option : Vous avez le choix entre **5 options**. Pour affilier les membres de votre famille en complétant le formulaire ci-après, vous devez choisir entre les options 1 à 4 (l'option 0 ne peut couvrir la famille).

Base ☐ Option I ☐ Option II ☐ Option III ☐ Option IV ☐

Date d'effet : Régime Social : Régime Général ☐ Régime Alsace/Moselle ☐

MEMBRES DE LA FAMILLE BENEFICIAIRES DU CONTRAT FRAIS DE SANTE

Nom	Prénom	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale sous lequel sont effectués les remboursements
Le(la) <input type="checkbox"/> conjoint(e) <input type="checkbox"/> concubin(e) <input type="checkbox"/> PACS bénéficie t-il(elle) d'un autre régime complémentaire santé ? Oui/Non ^(*)			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Les enfants à charge bénéficient-ils d'un autre régime complémentaire santé ? Oui/Non ^(*)			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(*) cocher les cases correspondantes

Fait àle Signature du souscripteur :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Très important : Compléter et signer le mandat de prélèvement SEPA ci-joint, accompagné obligatoirement d'un Relevé d'Identité Bancaire d'un compte courant

Informations pratiques

En tant qu'ancien salarié ou salarié en suspension de contrat de travail, vous pouvez maintenir votre couverture Frais de santé :

- sans délai de carence
- sans examen ou questionnaire médical
- à des conditions tarifaires avantageuses

Vous avez 6 mois, à compter de la date de rupture de votre contrat de travail pour souscrire à ce contrat. Si vous bénéficiez de la portabilité des droits, ce délai commencera à compter de la fin de ce dispositif.

Attention, vous ne pouvez choisir une option supérieure à celle que vous aviez en tant que salarié actif.

Vos garanties prendront effet le 1er jour du mois suivant la réception de votre dossier

PIECES A FOURNIR

- Le mandat de prélèvement SEPA, complété et signé (obligatoire)
- Votre relevé d'identité bancaire (obligatoire)

Les pièces suivantes sont à joindre que si vous ne les avez jamais communiquées à CGAM :

- Copie de votre attestation de Sécurité sociale délivrée avec la carte VITALE et celle de vos ayants droit
- Concubinage : attestation sur l'honneur de vie maritale
- Partenaire de PACS : copie du Pacte Civil de Solidarité
- Pour les enfants, la copie du dernier avis d'imposition.

LE PAIEMENT DES COTISATIONS

CGAM prélève mensuellement le montant de la cotisation sur votre compte. Le prélèvement intervient en début de mois pour le mois en cours.

DANS QUEL CAS INFORMER CGAM ?

N'oubliez pas d'informer CGAM de tous les changements relatifs à votre situation familiale et administrative (mariage, naissance, divorce, déménagement, changement de caisse de Sécurité sociale, changement de coordonnées bancaires).

QUI PEUT ADHERER ?

Conjoint(e) / partenaire s'il est lié par un PACS (fournir une copie de l'attestation du PACS) / votre **concubin(e)** (sous réserve d'une attestation sur l'honneur de vie commune)

vos enfants et, s'ils vivent au foyer ou s'ils sont rattachés fiscalement au foyer, ceux de votre conjoint(e), partenaire de PACS ou concubin(e) :

- âgés de moins de 21 ans à charge au sens de la Sécurité sociale,
- âgés de moins de 26 ans à charge au sens de la légalisation fiscale, à savoir :

- les enfants pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,

- les enfants auxquels vous servez une pension alimentaire retenue sur votre avis d'imposition au titre d'enfant à charge déductible du revenu global,

- quel que soit leur âge et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire lors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) à charge au sens de la législation fiscale définie ci-après :

- pris en compte dans le calcul du quotient familial,
- ouvrant droit à un abattement au revenu imposable,
- bénéficiaires d'une pension alimentaire que vous êtes

autorisé à déduire de votre revenu imposable.

Toute personne à votre charge au sens des assurances sociales.

INFORMATIQUE ET LIBERTE

Conformément à la Loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, vous pouvez écrire à CGAM à l'adresse précisée ci-contre.

Un conseil?



Site internet : www.cgam.fr

E-mail : gestion@cgam.fr

Adresse postale : CGAM 41207 ROMORANTIN Cedex

Par téléphone au 02 54 88 38 14 Par fax au 02 54 95 90 90

Accueil du lundi au vendredi de 8h30 à 18h sans interruption

Mandat de Prélèvement SEPA



Zone réservée à CGAM

MANDAT

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez JP Colonna SAS (CGAM) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de JP Colonna SAS (CGAM).
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 autorisé.

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel ☐

CREANCIER

Nom du créancier JP COLONNA SAS (CGAM)
Nom du créancier

Adresse 4 1 2 0 7 ROMORANTIN CEDEX
Code Postal Ville
France
Pays

Identifiant Créancier SEPA F R 5 2 Z Z Z 6 4 2 6 6 9
I C S

A compléter par l'adhérent

PAYEUR

Votre nom / prénom N° Sécurité Sociale
Nom / Prénom du débiteur (obligatoire) N° adhérent (si connu)

Votre adresse
Numéro et nom de la rue

Code Postal Ville
Pays

Les coordonnées de votre compte
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Signé à Le
Lieu Date : JJ/MM/AAAA

Signature veuillez signer ici

Important : Merci de nous retourner ce mandat de prélèvement SEPA complété, signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB). Nous vous rappelons que les prélèvements sur compte-épargne ne sont pas acceptés.