



Déclaration Individuelle d'Adhésion

Regime Maladie - Chirurgie - Maternité
Contrats Groupes souscrits auprès de l'APGIS

Document à retourner
à l'APGIS après en avoir
conservé une copie :
12, rue Massue
94684 Vincennes Cedex

CADRE RESERVE A L'EMPLOYEUR

Raison sociale de l'employeur : _____ Code contrat : 9L / _____

Date d'entrée dans l'entreprise : _____

Catégorie professionnelle ⁽¹⁾ : Personnel relevant des Articles 4, 4bis et 36
 Personnel ne relevant pas des Articles 4, 4bis et 36
 CDI
 CDD

Date de fin de contrat : _____

CACHET DE L'ENTREPRISE

PARTICIPANT(E)

Nom Usuel/Nom Marital : _____ Prénom : _____

Nom de l'Etat civil : _____

N° de Sécurité sociale : _____ Date de naissance : _____

Situation de famille ⁽¹⁾ : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubin(e) Veuf(ve) Divorcé(e)

Adresse : _____

E-mail (Facultatif) : _____ Téléphone (Facultatif) : _____
 Portable (Facultatif) : _____

Avez-vous d'autres employeurs ⁽¹⁾ ? Oui Non Si oui, lesquels ? _____

Etes-vous actuellement au travail ⁽¹⁾ ? Oui Non Si oui, lesquels ? _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES AYANTS-DROIT A CHARGE AU SENS DE LA SECURITE SOCIALE A GARANTIR EN FRAIS DE SANTE

	NOM	PRENOM	Date Naissance	N° de Sécurité sociale	Bénéficiez-vous d'un autre organisme complémentaire ? ⁽¹⁾
Conjoint à charge ⁽²⁾			_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
1 ^{er} enfant ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> Scolarisé(e)	<input type="checkbox"/> Etudiant(e)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Apprenti(e)	<input type="checkbox"/> Invalide / Handicapé(e)	
2 ^e enfant ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> Scolarisé(e)	<input type="checkbox"/> Etudiant(e)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Apprenti(e)	<input type="checkbox"/> Invalide / Handicapé(e)	
3 ^e enfant ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> Scolarisé(e)	<input type="checkbox"/> Etudiant(e)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Apprenti(e)	<input type="checkbox"/> Invalide / Handicapé(e)	
4 ^e enfant ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> Scolarisé(e)	<input type="checkbox"/> Etudiant(e)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Apprenti(e)	<input type="checkbox"/> Invalide / Handicapé(e)	

CERTIFIE EXACT

Je joins à ma Déclaration Individuelle d'Affiliation les pièces justificatives indiquées ci-dessous.
J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document, m'engage à signaler toute modification et à restituer en cas de cessation de l'assurance les attestations de Tiers Payant qui m'auront été transmises.

Fait à _____ Le _____

⁽¹⁾ Cocher la ou les cases correspondantes.

⁽²⁾ Conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale : Personne se faisant indemniser par la Sécurité sociale sous le numéro de Sécurité sociale du Participant.

⁽³⁾ Pour les enfants de moins de 27 ans et immatriculés : Joindre la copie de l'attestation de la Sécurité sociale actualisée, un certificat de scolarité, d'apprentissage, de professionnalisation en cours.

Pour les enfants Invalides/Handicapés : Joindre la copie de la carte de l'invalidité.

Joindre un IBAN (RIB) du Participant(e) et la copie de l'attestation Sécurité sociale actualisée de tous les membres de la famille affiliés au Régime.

Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 : vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations vous concernant ; ces informations sont destinées à l'Institution, responsables du traitement, à des fins de gestion, d'analyse et de suivi de vos contrats ; elles pourront être transmises aux partenaires contractuellement liés pour les besoins de gestion. Ces données pourront également faire l'objet de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur et notamment celles relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Si vous souhaitez exercer vos droits, il vous suffit d'écrire à : **apgis - Service Informatique et Libertés TSA 20303 - 94685 Vincennes Cedex**

SIGNATURE PARTICIPANT(E)

