Le Petit Cuisinier

Bulletin Individuel d'Affiliation

Non Cadre

Régime collectif et obligatoire : BASE COLLECTIVE ET OBLIGATOIRE

Souhaitez-vous souscrire à l'option : ☐ OUI ☐ NON

Choix de l'adhésion

Isolé ☐ Famille ☐

Personnes à affilier

Nom : _____ Prénom : _____

N° sécurité sociale : _____ Date de Naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N°de tél : _____ E-mail : _____

Date d'entrée dans l'entreprise : _____ Nombre d'enfant(s) à charge : _____

Situation familliale : ☐ Célibataire ☐ Marié(é) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(é) ☐ Autre : _____

	Nom et Prénom	Date de naissance	N° sécurité sociale
Conjoint			
Enfant(s)			

Dispositions spécifiques

Pièces à joindre :

- pour les salariés et/ou conjoints : copie de l'attestation de sécurité sociale
- pour les concubins : copie de l'attestation de sécurité sociale et certificat de vie maritale
- pour le pacs : attestation de moins de 3 mois délivrée par le greffe du tribunal d'instance du lieu de naissance ou domicile
- pour les enfants à charge inscrits au régime étudiant : copie de l'attestation de sécurité sociale et certificat de scolarité
- quelle que soit la situation de famille, un RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE OU POSTAL pour le paiement des prestations
- un mandat sepa en cas de souscription à l'option

N.B : L'assuré a le droit de refuser la télétransmission de ses prestations Santé. Dans ce cas, cochez la case ci-contre ☐

N.B : L'assuré a le droit de refuser la télétransmission des prestations Santé de ses enfants affilié(s). Dans ce cas, cochez la case ci-contre ☐

N.B : L'assuré a le droit de refuser la télétransmission des prestations Santé de son conjoint affilié. Dans ce cas, cochez la case ci-contre ☐

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus qui serviront de base à l'affiliation à intervenir et je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité de l'affiliation, conformément au contrat souscrit par l'Entreprise auprès de l'organisme assureur.

Fait à : _____ Le : _____

Nom, Fonction & signature du représentant de l'entreprise, cachet de l'entreprise :	Signature de l'assuré, précédée de la mention « lu et approuvé » :

Gerep, Société indépendante de courtage en assurance - 4 rue de vienne 75008 Paris - SAS au capital de 101 120 €. - RCS Paris B 351 299 862.
Immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 000 294 (www.orias.fr) Gerep est soumis au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Taitbout 75436 cedex 09.
En cas de réclamation client : GEREP - Service réclamation - CS 40001, 4 rue de Vienne, 75378 Paris cedex 08 ou reclamation@gerep.fr
Les réclamations sont traitées dans un délais de 2 mois.