

Signature

Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat ou de la convention qui m'a été remise intégrant le tableau des garanties liées à l'option choisie.

Les informations à caractère personnel recueillies par Generali Vie sont nécessaires et ont pour but de satisfaire à votre demande ou pour effectuer des actes de souscription ou de gestion de vos contrats. Elles pourront faire l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Ces informations de même que celles recueillies ultérieurement pourront être utilisées par Generali Vie pour des besoins de connaissance du client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, de gestion de la preuve, de recouvrement, d'études statistiques, d'évaluation et gestion de risque, de prévention des impayés et de la fraude et de respect des obligations légales et réglementaires.

Vos opérations et données personnelles sont couvertes par le secret professionnel. Toutefois ces données pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe Generali en France, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées.

Ces informations figurant dans le présent bulletin pourront également être utilisées par Generali Vie uniquement, pour l'envoi d'informations sur les événements, de promotions ou d'offres commerciales pour des produits ou services analogues à celui auquel vous adhérez.

Vous pouvez également, à tout moment, conformément à la loi informatique et libertés, en justifiant de votre identité, accéder aux informations vous concernant, les faire rectifier, supprimer, vous opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales. Ces droits peuvent être exercés auprès de Generali Vie par voie postale à l'adresse suivante Direction de la Conformité - 7 boulevard Haussmann - 75440 Paris Cedex 09 ou par mail à l'adresse droitdaces@generali.fr

Cochez la case si vous ne souhaitez pas recevoir d'informations sur les événements, les promotions ou les offres commerciales pour des produits ou services analogues à celui auquel vous adhérez

Fait à Pompadour, le 15/09/2018

Signature du (de la) Salarié(e)

Pièces à joindre pour la Complémentaire Santé

■ Pour que vos remboursements soient effectués de la façon la plus sûre et la plus rapide, joindre les documents suivants :

- Une copie de l'attestation VITALE de votre famille pour la télétransmission (document reçu de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie avec votre carte VITALE)

Votre caisse d'Assurance Maladie continuera de vous adresser par voie postale vos décomptes Sécurité sociale avec une mention vous précisant qu'en parallèle elle nous les télétransmet : donc pour vous, pas d'envoi postaux à faire.

NB : la télétransmission ne fonctionnera pour les autres attestations vitales de votre famille que si aucune autre télétransmission n'est active.

- Un RIB ou un RICE au nom de l'Assuré(e) pour le virement des prestations et éventuellement un RIB différent pour le paiement des cotisations de l'option facultative, accompagnés du mandat de prélèvement dûment complété.

Les prestations qui vous sont dues vous seront ainsi directement réglées par virement bancaire : donc pour vous, pas de remise d'encaissement de chèque à la banque.

- le mandat de prélèvement dûment complété.

■ Pour les personnes en situation de concubinage : une attestation sur l'honneur ou toute pièce officielle justifiant d'une adresse commune.

■ Pour les enfants majeurs à charge : une copie de la carte d'étudiant ou un certificat de scolarité.



À retourner à : Generali - Direction Services - GGS - 7 boulevard Haussmann - 75440 Paris Cedex 09



Ce document fait partie intégrante d'un ensemble de 2 pages
dont la 2^{ème} comporte la signature de l'Assuré(e)
1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Conseil - 3^{ème} exemplaire : Assuré(e)

Expéditeur

Nom - Prénom Chervauchey Elément
Adresse 14 route de Osenne
Code postal Ville 21200 Beaune

Destinataire

(inscrivez ici les coordonnées de votre employeur)

Société SAS Francois Parent
Adresse 1 place de l'Europe
Code postal Ville 21630, Pommard

Je, soussigné(e) , Chervauchey Elément demande à ne pas être inscrit(e) au régime complémentaire Santé, en raison ma situation personnelle (1)

1) Je suis dans l'une des situations suivantes :

- salarié à temps très partiel ou apprenti si le montant de la cotisation est au moins égal à 10% de ma rémunération,*
- salarié à durée déterminée ou apprenti, titulaire d'un contrat de travail à durée déterminée de moins de 12 mois,*
- salarié à durée déterminée ou apprenti, titulaire d'un contrat de travail à durée déterminée d'au moins 12 mois avec l'obligation spécifique de justifier par écrit que je suis déjà couvert à titre individuel pour les mêmes garanties,*
- salarié bénéficiaire d'un contrat d'assurance santé individuel, au moment de la mise en place des garanties, ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel. Si le contrat prévoit une clause de renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de reconduction tacite. Une attestation d'assurance mentionnant l'échéance du contrat est à fournir.*
- salarié couvert, y compris en tant qu'ayant droit, par l'un des dispositifs de prévoyance complémentaire ci-dessous :

- Régime complémentaire collectif obligatoire : la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant-droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, **que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire.**
- Contrat d'assurance de groupe « Madelin » issu de la loi n° 94-126 du 11 février 1994.

2) Je renonce à l'affiliation au régime frais de santé proposé par l'entreprise : j'ai été au préalable informé par mon employeur des conséquences de mon choix.

Vous trouverez, jointe à ce courrier, le justificatif nécessaire à ma renonciation.

J'ai bien pris note que le maintien de cette renonciation est subordonné à la fourniture chaque année des justificatifs à mon employeur : à défaut, je serai immédiatement affilié (e) au régime.

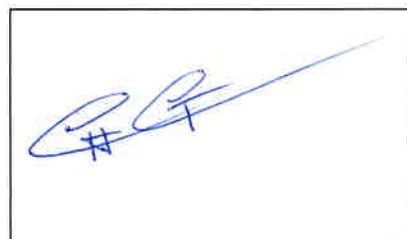
Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à Pompadour

Le 15/09/2018

(1) cocher la case correspondant à votre situation

Signature

A rectangular box containing a handwritten signature in blue ink. The signature is stylized and appears to be 'P. G.' with a '#' symbol below the first letter.

Numéro de l'assuré : 1 98 03 21 166 069 56

Nom de l'assuré :

CHEVAUCHEY CLEMENT

Pour mes démarches, j'utilise mon compte Ameli :

<https://assure.ameli.fr>
3646 Service 0,06 € / min
+ prix appel

ASSURANCE MALADIE DE COTE D OR- CS 34548
 21045 DIJON CEDEX

 M CHEVAUCHEY CLEMENT
 14 RTE DE SEURRE
 21200 BEAUNE

 mon
 parcours
 d'assuré

Le 15/09/2018


> MON ATTESTATION DE DROITS À L'ASSURANCE MALADIE

Cher monsieur CHEVAUCHEY,

Vous êtes affilié à un régime d'assurance maladie pour la protection de votre santé.

Pour faire valoir vos droits, vous trouverez ci-joint une attestation à présenter aux professionnels de santé (médecins, pharmaciens, etc.) si vous ne disposez pas de la carte Vitale.

En cas de changement d'activité, de déménagement, de mariage ou de naissance, pensez à informer rapidement votre organisme d'assurance maladie et à mettre à jour votre carte Vitale. Vos droits seront ainsi actualisés.

Avec toute mon attention,

votre correspondant de l'Assurance Maladie

0641V24.01.01


La mise à jour de ma carte Vitale, c'est maintenant !

Des bornes de mise à jour sont à ma disposition dans toutes les caisses d'assurance maladie, les pharmacies et dans certains établissements de santé.



→ Votre attestation de droits à l'assurance maladie à présenter aux professionnels de santé

Numéro de l'assuré : 1 98 03 21 166 069 56

Nom de l'assuré :

CHEVAUCHEY CLEMENT

Attestation de droits à l'assurance maladie

Valable du 15/09/2018 au 14/09/2019 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

organisme de rattachement sécurité sociale	code gestion	n° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	modulation du ticket modérateur
01 211 2130	12	1 98 03 21 166 069 56	
Bénéficiaire(s) <i>nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage</i>	n° de sécurité sociale du bénéficiaire <i>(pour information)</i>		né(e) le/rang
CHEVAUCHEY CLEMENT a déclaré un médecin traitant	1 98 03 21 166 069 56		30/03/1998 1

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant auprès du directeur de votre Caisse.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 441-1, et suivants du Code Pénal). En outre, la falsification ou l'établissement de faux documents, ainsi que l'utilisation de tels documents sont passibles d'une pénalité financière au titre des articles L.162-1-14 du Code de la Sécurité Sociale.

Titulaire du compte :
M. CLEMENT CHEVAUCHEY
CPT DEPOT PART.

IBAN
FR76 1213 5003 0004 1758 5858 589

BIC/SWIFT
CEPAFRPP213

RIB	Code banque	Code guichet	Numéro de compte	Clé RIB
	12135	00300	04175858585	89