

Santé Entreprise

M MILWARD MICHAEL
25 RUE JEAN DE LA FONTAINE
75016 PARIS
01 45 25 94 97

A compléter par l'employeur

Raison sociale de l'entreprise : GROUPE ALLO-MEDIA N° du Contrat surcomplémentaire : 226539360
Catégorie de personnel concernée : Ensemble des salariés et des assimilés salariés au sens de l'article L... Date d'effet :
311-3 du code de la Sécurité sociale
Date d'entrée dans l'entreprise ou le collègue : Date d'adhésion du salarié au contrat :

A compléter par l'adhérent

Nom (majuscules) M Mme Mlle Prénom :
Nom de jeune fille : N° de Sécurité sociale :
Adresse : Date de naissance :
Code Postal : Ville : @ :

Document à joindre obligatoirement par l'adhérent :

- une photocopie de votre attestation d'assurance maladie en cours de validité
- votre relevé d'identité bancaire, postal ou caisse d'épargne

A compléter par l'adhérent : les bénéficiaires

ENFANTS BENEFICIAIRES DU CONTRAT FRAIS DE SANTE

Table with 5 columns: Nom, Prénom, Date de naissance, N° de Sécurité sociale utilisé pour les remboursements, and checkboxes for 'Oui' and 'Non' regarding automatic exchange with the mandatory regime.

A compléter par l'adhérent : les ayants droit facultatifs

MEMBRES DE LA FAMILLE AYANTS DROIT DEMANDANT L'ADHESION AU CONTRAT FRAIS DE SANTE

Table with 5 columns: Nom, Prénom, Date de naissance, N° de Sécurité sociale utilisé pour les remboursements, and checkboxes for 'Oui' and 'Non' regarding automatic exchange with the mandatory regime.

Document à joindre obligatoirement pour chacun des ayants droit :

- une photocopie de son attestation d'assurance maladie en cours de validité et,
- pour les conjoints et les enfants, une copie du livret de famille, pour les concubins, un justificatif de domicile commun, pour les PACS, une copie du Pacte Civil de solidarité,
- pour les enfants majeurs une copie du certificat de scolarité de l'année scolaire en cours ou l'historique primo demandeur d'emploi,
- pour les enfants handicapés, une copie de leur carte d'invalidité civil et un justificatif de versement de l'allocation pour adulte handicapé.
Les cotisations des ayants droit, payables mensuellement d'avance et prélevées sur votre compte courant dont les coordonnées sont à nous indiquer sur le mandat SEPA joint :

Socle

Par conjoint bénéficiaire

1,09 % PMSS

Tarif mensuel valable à la souscription, susceptible d'évoluer chaque année

Choix de la formule Surcomplémentaire

Vous pouvez faire le choix d'une formule supplémentaire, présentée sur le tableau des garanties proposées.

Les cotisations associées se rajoutent à celles de votre contrat socle obligatoire. Elles seront payables mensuellement d'avance et prélevées sur votre compte courant dont les coordonnées sont à nous indiquer sur le mandat SEPA joint.

Votre choix :

Formule 1

Formule 2

par adhérent

1,62 % PMSS

3,05 % PMSS

par conjoint bénéficiaire

0,55 % PMSS

1,25 % PMSS

Tarif mensuel valable à la souscription, susceptible d'évoluer chaque année

Je suis informé(e) qu'AXA France peut utiliser mes informations pour promouvoir ses offres d'assurance, banque et assistance. Je peux m'y opposer en cochant la case ci-contre

Fait à Le
Signature de l'adhérent précédée de la mention « lu et approuvé »

Cachet de l'entreprise

# Mandat de Prélèvement SEPA

## Assurances Collectives

Le « mandat de prélèvement SEPA » est le document officiel qui remplace l'autorisation de prélèvement au niveau européen.

En signant ce mandat, vous autorisez :

- AXA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte
- Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'AXA

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

### Désignation du créancier

AXA Assurances Collectives  
313 Terrasses de l'Arche  
92727 Nanterre Cedex - France

Identifiant Créancier SEPA : FR14ZZZ391832

### Informations du payeur

#### Identité

Nom, Prénom / Raison sociale :

Adresse :

CP :      Ville :

Pays :

#### Compte à débiter

Numéro international d'identification du compte bancaire (IBAN) :

Code international d'identification de votre banque (BIC) :

### Identification du Mandat

Référence Unique du Mandat (zone réservée aux services AXA Assurances Collectives) :

Type de contrat (ex : santé, prévoyance, assurance emprunteur) :

Numéro de contrat (facultatif) :

Nous vous rappelons que vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. La demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat de prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Pour plus d'informations, vous pouvez aussi vous connecter sur [www.axa.fr](http://www.axa.fr).

Fait à :

Le :

Signature :

Les informations recueillies dans le présent mandat, qui doit être complété, sont nécessaires au traitement de ma demande et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion. Conformément à l'article 38 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, elles peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification auprès d'AXA – Service Information Clients 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex – pour toute information me concernant.



## Votre contrat

### ► Santé Entreprise

Par l'intermédiaire de votre entreprise, vous venez d'adhérer au contrat Frais de Santé Entreprise. Ce contrat vous permet d'être mieux remboursé de vos dépenses de santé.

De plus, vous avez **le choix de souscrire à une option supplémentaire.**

Veillez trouver ci-dessous quelques précisions concernant votre contrat Frais de Santé Axa Entreprise.

## Les documents du contrat

### **Vous avez reçu**

Le Bulletin d'adhésion au contrat santé obligatoire permettant également la souscription à une option supplémentaire

Le tableau résumé des garanties

La notice de votre contrat Santé complémentaire, mis en place par votre entreprise, et dont l'adhésion est **obligatoire**

L'attestation de remise de la notice de votre contrat

### **Ce que vous devez en faire**

Vous l'avez complété et donné à votre employeur, après en avoir conservé une copie

Pour un usage quotidien, une vision synthétique des garanties  
- notez la garantie que vous avez choisie -

**Conservez-la**, elle vous indique le niveau de remboursement prévu par votre complémentaire.

**Signez-la** et remettez-la à votre employeur pour attester que vous avez bien reçu l'information

## Comment accéder aux services

### **Vous bénéficiez des services suivants**

Toute information utile pour votre santé : conseil de diététiciens, avis sur devis optique ou dentaire

Toute demande d'adresses de praticiens du réseau, demande de remboursement ou d'information sur vos remboursements

### **Pour en bénéficier :**

Appelez le centre de règlement santé dont les coordonnées figurent sur votre attestation santé

### **AXA France Vie**

Société Anonyme au capital de 487 725 073,50 euros - Entreprise régie par le code des assurances -  
313, Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE CEDEX - 310 499 959 R.C.S. NANTERRE

### **AXA France IARD**

Société Anonyme au capital de 214 799 030 euros - Entreprise régie par le code des assurances - 313, Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE CEDEX -  
722 057 460 R.C.S. NANTERRE