relyens
GROUPE MUTUALISTE EUROPÉEN
ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES

A remplir et à retourner à :
CENTRE DE GESTION RELYENS
28039 CHARTRES CEDEX
Tel : 09 72 72 28 15
Fax : 02 37 91 34 59

Raison sociale de l'employeur : EHPAD FIL D'ARGENT
Siret : 775 949 084 00013
Adresse : 4 Rue Malbeck – 30570 VALLERAUGUE

Bulletin Individuel d'Affiliation au Régime Frais de santé à adhésion collective obligatoire pour le Socle et facultative pour la Surcomplémentaire

◆ CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE

Ensemble du personnel

◆ GARANTIE SOCLE OBLIGATOIRE CHOISIE PAR VOTRE EMPLOYEUR

Niveau de garantie obligatoire : Vivacité 1

A COMPLETER PAR LE SALARIE

◆ GARANTIES FACULTATIVES

Surcomplémentaire facultative (choix uniquement parmi les niveaux supérieurs au Socle obligatoire choisi par votre employeur) :

Possibilité de cocher une seule case : ☐ Vivacité 2 ☐ Vivacité 3 ☐ Vivacité 4

◆ L'ADHÉRENT

SEXE : ☐ H ☐ F NOM DE NAISSANCE : …….. NOM MARITAL : ……..……

PRÉNOMS : ……..……..……..…… / ……..……..……..……..…… / ……..……..……..……..……...

DATE DE NAISSANCE : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| COMMUNE DE NAISSANCE : ……..……..

N° SEC. SOCIALE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

DATE D'ENTRÉE DANS L'ENTREPRISE : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| DATE D'AFFILIATION AU REGIME : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

ETES-VOUS UNE PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSEE* (PPE) ? ☐ OUI ☐ NON

*Personnes politiquement exposées (PPE) : Les personnes politiquement exposées (PPE) sont des personnes physiques (article L. 561-10 du CMF et article R. 561-18 du CMF) qui exercent, ou ont cessé d'exercer depuis moins d'un an, des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives pour le compte de la France, d'un État étranger ou d'une organisation internationale, ainsi que leurs proches (membres directs de sa famille ou des personnes connues pour lui être étroitement associées ou le devient en cours de relation d'affaires). »

◆ LE CONJOINT/CONCUBIN/PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS *(POUR LES PERSONNES MARIEES, INDIQUEZ X NE(E) Y)*

NOM : ..... PRÉNOM : ..... SEXE : ☐ H ☐ F

DATE DE NAISSANCE : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| N° SEC. SOCIALE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

ⓘ Est-il couvert par un autre régime complémentaire Frais de Santé ou par la C.M.U. ? ☐ OUI ☐ NON

◆ LES PERSONNES À CHARGE*

NOM	PRÉNOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE	N° SÉCURITÉ SOCIALE
		☐ H ☐ F		
		☐ H ☐ F		
		☐ H ☐ F		
		☐ H ☐ F		

* Sauf mention contraire aux Conditions Particulières, il s'agit des enfants à charge de l'Assuré ou de son Conjoint au sens de la Sécurité Sociale et ce, jusqu'à leur 18ème anniversaire. Cette limite d'âge passe au 26ème anniversaire pour : les enfants étudiants, en formation par alternance ou sous contrat d'apprentissage ou de qualification, à condition de ne pas exercer d'activité rémunérée pendant plus de 3 mois dans l'année ou, dans le cas contraire, que la rémunération annuelle ne dépasse pas 60% du SMIC ; les enfants inscrits auprès de Pôle Emploi, comme demandeurs d'emploi ou au titre d'un stage, immédiatement à la suite de leurs études. Aucune condition d'âge n'est requise pour les enfants reconnus, avant l'âge de 26 ans, handicapés ou en état d'incapacité de travail et titulaire de la carte d'invalidité prévue par l'Article L 241.3 du Code de l'action sociale et des familles. Sont également admis comme enfants à charge les enfants de l'Assuré nés « viables » moins de 300 jours après son décès.

◆ ADRESSE

RUE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

E-MAIL (EN LETTRES CAPITALES) : .....

- Votre adresse mail vous permet de recevoir vos décomptes après chaque remboursement. Vous pouvez à tout moment la modifier ou la supprimer sur www.plansante.com rubrique « mode de réception de vos décomptes » ou par téléphone.
- J'ai pris bonne note que la Sécurité sociale transmet informatiquement le reflet de mes décomptes à RELYENS LIFE INSURANCE. J'ai la faculté de refuser cette procédure de télétransmission en le notifiant par écrit sur papier libre joint avec le présent document.

Relyens Life Insurance
18 rue Edouard Rochet - 69372 LYON Cedex 08 - FRANCE
Tél : +33 (0)4 72 75 50 25 - www.relyens.eu

S. A. au capital de 6 000 000 €
Entreprise régie par le code des assurances - 487 632 861 RCS LYON
Siège social : 18 rue Edouard Rochet - 69008 LYON
N°TVA Intracommunautaire FR 79487632861

relyens
GROUPE MUTUALISTE EUROPÉEN
ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES

◆ PIÈCES À JOINDRE

- La photocopie de votre Attestation d'assuré social **actualisée** (fournie avec la carte plastifiée VITALE) et éventuellement celle(s) de votre conjoint et/ou de vos personnes à charge s'ils sont couverts. En cas de changement de situation de famille, une photocopie de la nouvelle Attestation devra être adressée à RELYENS LIFE INSURANCE.

- Un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal **avec mentions des coordonnées européennes BIC et IBAN** pour effectuer le règlement des prestations par virement.

- Un Mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé ainsi qu'un Relevé d'Identité Bancaire avec mentions des coordonnées BIC/IBAN pour permettre le paiement de :
  - la part de cotisation afférente aux garanties du contrat socle obligatoire pour votre conjoint et/ou vos personnes à charge s'ils sont couverts (sauf si votre employeur a opté pour le prélèvement sur le bulletin de salaire pour cette part de cotisation)
  - la part de cotisation surcomplémentaire facultative pour vous et éventuellement votre conjoint et/ou vos personnes à charge s'ils sont couverts à ce titre.

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 aux engagements de l'Entreprise auprès de la Société d'Assurance.
Si mon affiliation permet la délivrance d'une carte santé ouvrant droit à la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé, dans les conditions définies au contrat d'adhésion, je m'engage à restituer sans délai ma carte en cours de validité si je venais à quitter le groupe adhérent ainsi qu'à rembourser RELYENS LIFE INSURANCE de toute somme indûment avancée sur mon compte.
Données personnelles :
L'Assureur en sa qualité de responsable de traitement au sens du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) N°2016/679 du 27 avril 2016), met en œuvre des traitements de données à caractère personnel vous concernant.
Les données collectées ont pour finalités la passation et la gestion d'un contrat d'assurance et l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement de vos données, du droit de définir des directives relatives au sort des données après votre décès ainsi que du droit de saisir l'Autorité de contrôle en charge de la protection des données personnelles (en France, il s'agit de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés – 3, Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS Cedex 07). Sous certaines conditions, vous disposez également du droit de vous opposer au traitement et du droit à la portabilité de vos données. Pour exercer vos droits, nous vous invitons à contacter le Délégué à la protection des données (DPO) de Relyens Life Insurance par courrier électronique à : privacy.santesocial@relyens.eu ou par courrier postal adressé à : Relyens Life Insurance – Délégué à la protection des données – 18, rue Edouard Rochet – 69372 LYON Cedex 08, en justifiant de votre identité.
Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et vos droits, nous vous invitons à consulter la notice d'information remise par votre employeur.

Fait à : .....
Le : .....

Signature du salarié précédée de la mention « lu et approuvé »	**Cachet de l'entreprise**

Relyens Life Insurance
18 rue Edouard Rochet - 69372 LYON Cedex 08 - FRANCE
Tél : +33 (0)4 72 75 50 25 - www.relyens.eu

S. A. au capital de 6 000 000 €
Entreprise régie par le code des assurances - 487 632 861 RCS LYON
Siège social : 18 rue Edouard Rochet - 69008 LYON
N°TVA Intracommunautaire FR 79487632861

relyens

GROUPE MUTUALISTE EUROPÉEN
ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES

Objet : **Mandat de prélèvement SEPA**

Madame, Monsieur,

Afin d'enregistrer ou mettre à jour vos coordonnées bancaires et mettre en place les prélèvements, nous vous remercions de compléter le mandat de prélèvement ci-dessous après l'avoir daté et signé.

Merci de nous retourner ce courrier dûment rempli, accompagné d'un RIB récent.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de notre considération.

Votre Centre de Gestion

En signant ce formulaire de mandat, vous nous autorisez à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément à nos instructions. 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.

Référence Unique du Mandat (RUM) - Zone réservée aux services de gestion

☑ Prélèvement Récurrent

Veuillez compléter, en MAJUSCULES, les champs obligatoires marqués *

Références de l'Assuré

Nom – Prénom* : .....

57--SPP5747316-0109-1/2 V1091013

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Titulaire du compte à débiter	**Créancier**
Nom – Prénom* :	Nom : RELYENS
Adresse* :	ICS : FR48ZZZ587354
.....	*Identifiant Créancier SEPA*
.....	RELYENS
Code Postal* : ..... Ville* :	
Pays* :	

Les coordonnées de votre compte

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

A* : ..... **Le*** : ...../...../.....

BIC* (Code International d'identification de votre banque)

Mandat à retourner, accompagné d'un RIB, à l'adresse suivante :	**Signature***
Centre de gestion Relyens 28039 Chartres Cedex Tél. : 09 72 72 28 15	Date et signature obligatoires

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client et sont conservées le temps de la durée contractuelle augmentée des délais légaux de prescription. Ces données sont à l'usage exclusif du porteur de risques, du gestionnaire et/ou de l'intermédiaire en assurances du contrat. Conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles, vous disposez sur vos données des droits suivants : d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation et à la portabilité que vous pouvez exercer par courriel à dpo@planisante.com En cas de désaccord persistant, la CNIL peut être saisie à partir de son site internet www.cnil.fr. Les informations recueillies lors de la souscription et la gestion de ce contrat peuvent être utilisées dans le cadre de la LCB-FT. La personne concernée dispose d'un droit d'accès qui s'exerce auprès de la CNIL (article L561-45 du CMF).

Relyens Life Insurance
18 rue Edouard Rochet - 69372 LYON Cedex 08 - FRANCE
Tél : +33 (0)4 72 75 50 25 - www.relyens.eu

S. A. au capital de 6 000 000 €
Entreprise régie par le code des assurances - 487 632 861 RCS LYON
Siège social : 18 rue Edouard Rochet - 69008 LYON
N°TVA Intracommunautaire FR 79487632861

relyens

GROUPE MUTUALISTE EUROPÉEN
ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES

COMMENT REMPLIR UN MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Informations présentes sur le Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

3 informations présentes sur le RIB fourni par votre banque sont nécessaires pour compléter le mandat de prélèvement SEPA :

Relevé d'Identité Bancaire

Banque :	12548
Guichet :	02998
N° de compte :	00000001500
Clé RIB :	86
Nom du titulaire :	**Mme Catherine SPECIMEN**
Domiciliation :	Banque X
N° IBAN (international) :	**FR76 1254 8029 9800 0000 0150 086**
Bank Identification Code :	**BNXBFRPP**

Titulaire du compte

IBAN

BIC

Zones à remplir sur le Mandat de prélèvement SEPA

Compléter le **nom** et l'**adresse** du titulaire du compte

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

57–SPP5747316-0109-1/2 V109101/3

Titulaire du compte à débiter

Nom - Prénom* : SPECIMEN CATHERINE

Adresse* : 10 RUE DE LA LIBERTE

Code Postal* : 99123 Ville* : VILLENOUVELLE

Pays* : FRANCE

Créancier

Nom : NOM DU CREANCIER

ICS : ICS DU CREANCIER

Identifiant Créancier SEPA

IDENTIFICATION DU CREANCIER

Les coordonnées de votre compte

F	R	7	6		1	2	5	4		8	0	2	9		9	8	0	0		0	0	0	0		0	1	5	0		0	8	6

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

B	N	X	B	F	R	P	P			

BIC* (Code International d'identification de votre banque)

A* : VILLENOUVELLE Le* : 09/01/2023

Mandat à retourner, accompagné d'un RIB, à l'adresse suivante :

Centre de Gestion
XXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXX

Signature*
Date et signature obligatoires

Signature

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client et sont conservées le temps de la durée contractuelle augmentée des délais légaux de prescription. Ces données sont à l'usage exclusif du porteur de risques, du gestionnaire sous-traitant ou de l'intermédiaire en assurances du contrat. Conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles, vous disposez sur vos données des droits suivants : d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation et à la portabilité que vous pouvez exercer par courriel à dpo@relyens.com En cas de désaccord persistant, la CNIL peut être saisie à partir de son site internet www.cnil.fr. Les informations recueillies lors de la souscription et la gestion de ce contrat peuvent être utilisées dans le cadre de la LCB-FT. La personne concernée dispose d'un droit d'accès qui s'exerce auprès de la CNIL (article L561-45 du CMF).

Renseigner les **coordonnées bancaires** (codes IBAN et BIC) du RIB

Dater et signer le mandat de prélèvement

Relyens Life Insurance
18 rue Edouard Rochet - 69372 LYON Cedex 08 - FRANCE
Tél : +33 (0)4 72 75 50 25 - www.relyens.eu

S. A. au capital de 6 000 000 €
Entreprise régie par le code des assurances - 487 632 861 RCS LYON
Siège social : 18 rue Edouard Rochet - 69008 LYON
N°TVA Intracommunautaire FR 79487632861