

# BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION VIVACTIV' AGRIPROD

**AFFILIATION** OU  **RADIATION** DU SALARIÉ /  **AJOUT** OU  **SORTIE** DE BÉNÉFICIAIRE  
 **CHANGEMENT** DE GARANTIE OPTIONNELLE

CONTRAT DE BASE : .....

N° TIERS / N°CONTRAT : .....

DATE D'EFFET : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## EMPLOYEUR

RAISON SOCIALE : .....

N° SIRET : \_\_\_\_\_ CATÉGORIE ASSURÉE : NON CADRES

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : .....

### DANS LE CAS DE LA RADIATION DU SALARIÉ

DATE D'ENTRÉE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATE D'ENTRÉE DANS LA OU LES CATÉGORIE(S) ASSURÉE(S) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATE DE SORTIE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CAUSE : \_\_\_\_\_ CONTRAT DE TRAVAIL SUSPENDU ET INDEMNISÉ PAR L'EMPLOYEUR :  OUI  NON

CDD :  - DE 3 MOIS  + DE 3 MOIS (VOIR TABLEAU EN ANNEXE)

## SALARIÉ(E)

MME  M. NOM : ..... NOM JEUNE FILLE : ..... PRÉNOM : .....

SITUATION FAMILIALE :  CÉLIBATAIRE /  MARIÉ(E) /  PACSÉ(E) /  VIE MARITALE /  VEUF(VE)

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : .....

EMAIL : ..... TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_\_

	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° D'ASSURÉ(E) SOCIAL(E) (Pour les enfants, précisez le numéro Séc. sociale de rattachement)	RÉGIME D'AFFILIATION CPAM, MSA, SI AUTRE PRÉCISEZ	SOCLE	OPTION 1	OPTION 2
Salarié(e)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MME		____/____/____	_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjoint(e)/ assimilé(e)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MME		____/____/____	_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant/ ayant-droit 1	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MME		____/____/____	_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant/ ayant-droit 2	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MME		____/____/____	_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant/ ayant-droit 3	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MME		____/____/____	_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant/ ayant-droit 4	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MME		____/____/____	_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ADHÉSION AUX GARANTIES OPTIONNELLES (COCHER LES CASES CORRESPONDANTES À VOTRE CHOIX)

	Nombres * (voir Bulletin d'Adhésion)				Tarifs TTC Au 1er Janvier 20__
	Salariés	Conjoints	Ayants-droit		
<b>SOCLE FACULTATIF</b>					
<b>OPTION 1</b>					
<b>OPTION 2</b>					

### PIÈCES À FOURNIR

- 1 photocopie de l'attestation de droits du régime de base datant de moins de 6 mois pour vous et les personnes rattachées
- 1 RIB pour les prestations et les prélèvements, accompagné du mandat de prélèvement SEPA complété et signé

Ces options sont des contrats responsables. Les cotisations TTC incluent la taxe CMU (6,27%)

➡ Ma cotisation (Option + Cotisation de mes ayants-droit) sera prélevée mensuellement sur mon compte bancaire.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies, j'accepte les échanges d'informations par télétransmission et je reconnais avoir reçu un exemplaire de la notice d'information du contrat et des statuts.

### Dossier à retourner à :

MUTUALIA GRAND OUEST  
33 Boulevard Réaumur  
85933 LA ROCHE/YON CEDEX 9

### SIGNATURE SALARIÉ(E)

PRÉCÉDÉE DE LA MENTION «LU ET APPROUVÉ»

Fait à : .....

Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### SIGNATURE EMPLOYEUR

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT ET CACHET

Fait à : .....

Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION VIVACTIV' AGRIPROD

### CAUSES DE RADIATION D'UN SALARIÉ/BÉNÉFICIAIRE

**DEM** : DÉMISSION

**LIC** : LICENCIEMENT

**FIN** : FIN DE CONTRAT À DURÉE DÉTERMINÉE

**RPC** : RUPTURE CONVENTIONNELLE

**FPE** : FIN DE PÉRIODE D'ESSAI

**DC** : DÉCÈS DU SALARIÉ

**CHC** : CHANGEMENT DE CATÉGORIE

**MUT** : MUTATION DANS UN AUTRE ÉTABLISSEMENT DE L'ENTREPRISE

**RET** : RETRAITE

**PRE** : PRÉRETRAITE