

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE : COMMENT REMPLIR VOS DOCUMENTS POUR L'ADHÉSION



Pour rappel : tous les documents d'adhésion doivent être complétés et renvoyés à la CPAM pour pouvoir bénéficier de la Complémentaire santé solidaire. Vous devez compléter les 2 documents ci-dessous et les envoyer avant la date limite précisée sur votre bulletin d'adhésion.

1. VOTRE BULLETIN D'ADHÉSION :

Bulletin d'adhésion à la Complémentaire santé solidaire avec participation financière
 Article L.862-2 et suivants du code de la sécurité sociale

Identification du demandeur :
 Nom (en un seul nom, suivi du nom d'épouse ou de ses enfants) : _____
 Prénoms : _____ Date de naissance : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Numéro de sécurité sociale : _____

Organisme choisi pour gérer la Complémentaire santé solidaire : _____

Liste des membres du foyer ayant choisi cet organisme :

Nom Prénom	Numéro de sécurité sociale	Date de naissance	Code de l'organisme d'assurance maladie	Montant annuel de la participation financière
				€
				€
				€
Montant total				€

Si un des membres du foyer ne souhaite pas bénéficier de la Complémentaire santé solidaire,ayer son nom et indiquer le nouveau montant total

Ce montant est payable en douze échéances, par prélèvement automatique mensuel.

Pour que la Complémentaire santé solidaire prenne effet :
 Signez ce bulletin et renvoyez-le avant le _____ à l'organisme choisi mentionné ci-dessus.
 Complétez, signez et retournez l'autorisation de prélèvement ci-jointe en joignant un RIB.
 Vous avez adhéré au prélèvement mensuel : le montant de la participation financière sera prélevé sur le compte bancaire déjà désigné.

A réception de ces éléments, vous recevrez un échéancier des prélèvements.

Je reconnais avoir pris connaissance des garanties couvertes par le présent contrat et des conditions d'adhésion figurant dans le document annexé au présent formulaire d'adhésion et j'accepte le bénéfice de la Complémentaire santé solidaire moyennant paiement d'une participation financière.

Fait à : _____
 Date : _____

Signature du demandeur précédée de la mention « lu et approuvé » : _____

Écrire ici le nom de votre ville

N'oubliez pas de signer

2. VOTRE AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT MENSUEL

ADHESION AU PRELEVEMENT MENSUEL
 De la participation financière à la Complémentaire Santé Solidaire

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE
 Je soussigné(e) _____
 Résident au _____

Fait à _____ le ____/____/____

Signature _____

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA
 Référence Unique de MANDAT : _____
 Cocher cette case si le titulaire du compte bancaire n'est pas le demandeur ci-dessus désigné

TITULAIRE DU COMPTE BANCAIRE : _____
 ADRESSE : _____

COMPTE A DEBITER : _____
 Numéro d'identification du compte bancaire IBAN (international bank account number) : _____
 Numéro d'identification de votre banque BIC (business identifier code) : _____

NOM ET ADRESSE DU CREDANCIER
 CPAM DU BAS RHIN
 16 RUE DE LAUSANNE
 67090 STRASBOURG

Le ____/____/____
 Signature (Titulaire du compte bancaire à débiter) _____

Écrire ici le nom de votre ville

N'oubliez pas de signer

À cocher uniquement si le compte bancaire n'est pas à votre nom

Écrire ici les Nom/Prénom et adresse de la personne à qui appartient le compte bancaire

Écrire ici la date du jour et signez, si le compte vous appartient. Sinon, demandez à la personne à qui appartient le compte de signer.

Écrire lisiblement les références IBAN et BIC du compte bancaire à débiter (Les références IBAN et BIC sont présentes sur le relevé d'identité bancaire, transmis par la banque)



ATTENTION, CE RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB) DOIT ÊTRE LE MÊME QUE CELUI DE L'AUTORISATION AU PRÉLÈVEMENT MENSUEL. LES RIB DE LIVRET A NE SONT PAS ACCEPTÉS.