



Immeuble Aprilium  
69439 Lyon Cedex 3  
☎ 04 26 29 41 79  
📠 04 26 29 41 97  
✉ affiliations@cetim.com

# Bulletin Individuel d'Affiliation



Document à retourner à la société  
ANDRÉ DE LARRARD  
23, avenue de Wagram  
75017 Paris



## Informations Entreprise

RAISON SOCIALE \_\_\_\_\_ DATE D'ENTRÉE DANS L'ENTREPRISE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATE D'ENTRÉE DANS L'ASSURANCE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ STATUT : Cadre  Non cadre  Autre (précisez) .....

## Assuré(e)

M.  MME  MLLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
NOM \_\_\_\_\_  
PRÉNOM \_\_\_\_\_  
N° SS \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_  
ADRESSE \_\_\_\_\_  
CODE POSTAL \_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE \_\_\_\_ EMAIL .....@.....  
SITUATION FAMILIALE. Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Pacsé(e)  Nombre d'enfants \_\_\_\_  
NIVEAU DE GARANTIE RETENU :  BASE  SURCOMPLÉMENTAIRE (si votre programme le prévoit)

## Autre(s) bénéficiaire(s)

CONJOINT(E)  CONCUBIN(E)  PACSÉ(E)  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
NOM \_\_\_\_\_  
PRÉNOM \_\_\_\_\_  
N° SS \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Votre conjoint ou concubin bénéficie-t-il à titre personnel ou professionnel d'une « mutuelle » complémentaire ? Oui  Non   
Si non, souhaite-t-il bénéficier de la télétransmission ? Oui  Non

## ENFANTS À CHARGE

Nom	Prénom	Sexe (M/F)	Date naissance	N° SS de rattachement



Vous devez impérativement joindre un justificatif :

- de rattachement de votre(vos) enfant(s) à charge (certificat de scolarité, justificatif de rattachement au foyer fiscal)
- un certificat de concubinage (ou à défaut une attestation sur l'honneur) et/ou une copie de votre PACS.

## Votre déclaration

Voulez-vous bénéficier de la transmission directe entre votre caisse de sécurité sociale et Cétim ?

- OUI (joindre obligatoirement les photocopies des Attestations Papier de la sécurité sociale pour chaque bénéficiaire, ainsi que le RIB)  
 NON (joindre le RIB uniquement)

Je déclare être informé que les données recueillies font l'objet d'un traitement informatique par CETIM, sans transfert de données vers l'étranger, pour les besoins de mon affiliation au contrat d'assurance et de son exécution, et ne peuvent être communiquées à cette fin qu'à l'organisme assureur, à ses réassureurs, à leurs mandataires et au souscripteur du contrat. Conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, je dispose d'un droit d'opposition, de communication, de rectification et de suppression des données le concernant, que je peux exercer auprès de CETIM Immeuble Aprilium 69439 LYON cedex 03.

- Je m'oppose à ce que les données me concernant soient utilisées à des fins de prospection, notamment commerciale.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Signature du salarié(e)



A joindre obligatoirement : RIB + ATTESTATION VITALE

Cachet & Signature de l'Entreprise