



CONVENTION DE PARTICIPATION - CONTRAT COLLECTIF
BULLETIN D'ADHÉSION N° FT9 DE L'AGENT
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
☐ Adhésion ☐ Modification niveau de garanties

RÉSERVÉ À L'IPSEC

Date de réception :
Date de validation :
Visa après validation :

INTERPRO - BSS -
E20180914 - V1

Ce bulletin est à retourner complété par l'agent accompagné des pièces justificatives à l'adresse suivante :
IPSEC - Pôle affiliations - TOUR EGEE - 9 ALLEE DE L'ARCHE - CS 30113 - 92671 COURBEVOIE CEDEX ou par mail à : websgc@ipsecprev.fr

CADRE RÉSERVÉ A LA COLLECTIVITÉ

Etablissement adhérent : CDG 26 Numéro adhésion IPSEC :
Collectivité : Adresse Administrative
Code postal Ville :
Nom du correspondant : Téléphone : Email :

IDENTIFICATION DE L'AGENT

Nom : Nom de naissance :
Prénom(s) : Vous êtes : ☐ une femme ☐ un homme
Date de naissance : Ville et pays de naissance :
Adresse :
Code postal : Ville : Téléphone :
Email : N° de Sécurité sociale :
Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Veuf ☐ Divorcé ☐ PACS ☐ Vie maritale
Télétransmission Noémie : ☐ Oui ☐ Non

Choix du régime souscrit par l'Agent⁽¹⁾ :

☐ Formule 1 : Garantie de base ☐ Formule 2 : Garantie renforcée ☐ Formule 3 : Garantie supérieure

Choix de la structure de cotisation⁽¹⁾ :

☐ Agent seul ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Famille

⁽¹⁾ Cochez le régime que vous souhaitez retenir pour vous et vos éventuels ayants droit, ainsi que la structure de cotisation. Le changement de palier de cotisation s'exerce au 1^{er} janvier faisant suite à la date d'anniversaire de l'assuré. Exemple 1 : j'ai 30 ans le 01/08/2022, je changerai de palier le 01/01/2023. En cas d'affiliation, les ayants droits bénéficient obligatoirement de la même formule que le Participant (Agent).

MEMBRE(S) DE LA FAMILLE À GARANTIR (sous réserve de fournir les pièces justificatives demandées)

Conjoint

Nom	Prénom	Sexe (F/M)	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale	Télétransmission Noémie
.....					☐ Oui ☐ Non

Votre conjoint a-t-il sa propre assurance complémentaire santé ? ☐ Oui ☐ Non

Enfant(s) à charge

Nom	Prénom	Sexe (F/M)	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale	Télétransmission Noémie
.....					☐ Oui ☐ Non
.....					☐ Oui ☐ Non
.....					☐ Oui ☐ Non
.....					☐ Oui ☐ Non

ENGAGEMENT DE L'AGENT

J'adhère au contrat collectif frais de santé à effet du 01/...../.....

Je prends connaissance du document d'information sur le produit d'assurance (DIP).

Je déclare avoir pris connaissance des garanties du contrat souscrit auprès de l'IPSEC, précisées dans la notice d'information, et des conditions de service des prestations pour moi-même et les membres de ma famille.

Je conserve la possibilité de renoncer à mon contrat dans les conditions précisées au verso de ce bulletin.

Fait à Le

(Signature précédée de la mention « lu et approuvé »)

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR AU MOMENT DE L'AFFILIATION

1/ Une copie de l'attestation de droit délivrée par la sécurité sociale (régime général ou autre régime obligatoire) pour chaque membre de la famille ou de la carte d'assuré au régime de base obligatoire en vigueur à la date d'affiliation, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro.

Pour le virement de vos prestations, merci de nous retourner un relevé d'identité bancaire (RIB) ou Caisse d'Epargne (RICE) ou postal (RIP).

2/ Selon votre situation familiale

- **En cas de mariage et / ou en présence d'au moins un enfant** : livret de famille.
- **En cas de PACS** : acte de naissance des deux partenaires, comportant la conclusion du PACS en mentions marginales, datant de moins de trois mois.
- **En cas de concubinage** :
 - o certificat de vie commune ou de concubinage, datant de moins de trois mois, délivré par la mairie ;
 - o ou, à défaut :
 - attestation sur l'honneur de leur qualité de concubin ;
 - pièce d'identité ;
 - justificatif de domicile portant leurs deux noms, datant de moins de trois mois.
- **Pour les enfants à charge âgés de 18 ans à moins de 26 ans** : certificat de scolarité.
- **Pour les enfants à charge apprentis** : certificat d'apprentissage.
- **En cas de période de césure** : accord conclu entre l'enfant et le chef d'établissement d'enseignement supérieur.
- **En cas de service civique** : accord conclu entre l'enfant et la structure d'accueil.
- **En cas d'alternance** : contrat de formation professionnelle en alternance.
- **En cas de professionnalisation** : contrat de professionnalisation.
- **En cas de recherche d'un premier emploi** : inscription auprès du Pôle emploi comme demandeur d'emploi.
- **Pour les enfants à charge travailleurs handicapés** : contrat de travail délivré par le Centre d'Aide par le Travail.
- **Pour les enfants à charge titulaires de la carte d'invalidité civile** : carte d'invalidité si le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 80%.
- Avis d'imposition lorsque la charge fiscale est à prouver.
- Tout autre document permettant de prouver qu'un enfant est à charge au sens de la législation fiscale et permettant notamment de comprendre l'attribution des parts indiquées sur l'avis d'imposition sur les revenus. Par exemple, pour les familles recomposées : décision du juge aux affaires familiales concernant la résidence de l'enfant et / ou l'attribution d'une pension alimentaire ; en cas d'accord amiable entre parents concernant cette résidence et / ou l'attribution d'une pension alimentaire, attestation sur l'honneur de l'autre parent.
- Pour les ascendants à charge : déclaration de revenus préremplie comportant leur identité ou tout autre document permettant d'en attester.

FACULTÉ DE RENONCIATION

Le Participant bénéficie à titre contractuel d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'affiliation.

FACULTÉ DE DENONCIATION

Faculté de dénonciation annuelle

La première année, le Participant peut dénoncer son affiliation dans le respect d'un délai de préavis de deux mois avant la date d'anniversaire de son affiliation.

Faculté de dénonciation infra annuelle

Le Participant peut, après expiration d'un délai d'un an à compter de son affiliation, dénoncer son affiliation sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'affiliation prend effet à défaut d'accord des parties un mois après la réception par l'Institution de la notification du Participant.

La dénonciation peut être formulée par tout moyen tel que décrit à l'article L932-12-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les informations collectées sont toutes nécessaires pour l'IPSEC, responsable du traitement, ou l'organisme gestionnaire par délégation pour la prise en compte de votre demande d'adhésion. Ces informations sont obligatoires et ne sont destinées qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la (ou les) finalité(s) déclarée(s). Les données personnelles collectées ne seront pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la réalisation des finalités déclarées et à la gestion des litiges susceptibles d'en résulter, conformément aux règles de prescription applicables et aux règles de conservation des documents comptables. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et du règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, toute personne concernée peut en demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, demander une limitation du traitement ou s'y opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée et définir des directives post mortem en écrivant à dpo@ipsecprev.fr ou à l'adresse Ipsec - À l'attention du Délégué à la protection des données - Tour Egée - 9 allée de l'Arche - CS 30113 - 92671 Courbevoie cedex. Si elle estime que ses droits ne sont pas respectés, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL (adresse : 3, place de Fontenoy 75007 Paris).