


**BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION  
 AU REGIME FRAIS DE SANTE**
**UNIPREVOYANCE****1- SOCIETE (A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR)**Raison sociale **ASSOCIATION DE PREVOYANCE DU PAYS DE QUIMPERLE**N° contrat Date d'entrée de l'adhérent dans le régime  /  / **2- ADHERENT (A COMPLETER PAR L'ADHERENT)**Numéro de Sécurité sociale  / Date de naissance  /  / Nom  Prénom N° et voie (rue, allée...) N° appartement, étage, escalier  Bâtiment, résidence, entrée Lieu-dit Code postal  Ville **3- TELETRANSMISSION ENTRE LA SECURITE SOCIALE ET GENERATION (A COMPLETER PAR L'ADHERENT)****En complément de la télétransmission de mes décomptes de Sécurité sociale vers Génération, je souhaite en faire bénéficier :**

- 1- mon conjoint/concubin  OUI  NON (car il bénéficie de sa propre complémentaire santé ou mutuelle)  
 2- mes enfants  OUI  NON (car ils bénéficient de la complémentaire santé ou mutuelle de mon conjoint/concubin)

Si vous cochez « NON », il conviendra de nous faire parvenir les originaux des décomptes de la complémentaire santé ou mutuelle de votre conjoint/concubin.  
 En effet la Sécurité sociale n'accepte qu'une seule connexion par assuré.

**4- BENEFICIAIRE(S) A GARANTIR AU TITRE DE L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE (A COMPLETER PAR L'ADHERENT)**

	Nom / Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale
Conjoint	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Concubin/Pacsé	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Enfant à charge	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Enfant à charge	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Enfant à charge	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Enfant à charge	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

**5- INSCRIPTION GRATUITE AUX SERVICES G+ (A COMPLETER PAR L'ADHERENT)****Je souhaite être prévenu par e-mail des remboursements effectués par Génération :**

- à l'adresse suivante  @   
 - à la fréquence suivante (au choix)  A chaque remboursement  Toutes les semaines  Tous les mois avec un récapitulatif (format pdf)

**Avec les services G+**, accédez en exclusivité à de nombreuses fonctionnalités dont l'archivage automatique pendant deux ans de vos décomptes de remboursement dans votre espace personnel sur Génération.fr (vos codes d'accès au site seront indiqués sur l'attestation Tiers-Payant Santé).  
**NOUVEAU** : Téléchargez sur votre iPhone / smartphone la nouvelle appli Génération.fr Mobile ! Plus d'infos sur [www.generation.fr](http://www.generation.fr)

**JUSTIFICATIFS  
A JOINDRE**

Dans tous les cas :

- Pour vous et votre famille, **copie des attestations de Sécurité sociale** sur lesquelles figurent les références CPAM. En cas de perte de l'attestation papier, vous pouvez en faire la demande sur le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) ou auprès de la CPAM.
- Votre **Relevé d'Identité Bancaire (RIB) au format IBAN / BIC** : compte personnel de l'adhérent ou compte joint.

Selon les dispositions contractuelles :

- Pour le concubin** : attestation sur l'honneur de vie commune signée par l'assuré et son concubin + un justificatif de domicile commun ou copie de l'attestation d'inscription du PACS enregistré au greffe du Tribunal d'Instance.
- Pour les enfants à compter de 18 ans** : certificat de scolarité en cours de validité, copie du contrat d'apprentissage/qualification, certificat d'invalidité, autre justificatif.

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document, m'engage à signaler toute modification et à restituer en cas de cessation de l'assurance les cartes ou attestations de prise en charge (Tiers-Payant Santé), qui m'auront été transmises tant pour moi-même que pour les membres de ma famille.

Je déclare avoir été informé(e) que les réponses et informations fournies dans le présent document valent acceptation de la procédure d'échange des données avec la Sécurité sociale en respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et qu'il m'est possible d'exercer mon droit d'accès et de rectification des informations me concernant en m'adressant à GENERATION, 29080 QUIMPER CEDEX 9.

Date

 /  / 

Signature de l'adhérent :

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

Cachet de l'association :

(obligatoire)

**ASSOCIATION DE PREVOYANCE  
 DE LA REGION DE QUIMPERLE**  
 19, Bis Quai Brizeux  
 29393 QUIMPERLE  
 Tél. 02 98 96 03 80 - Fax 02 98 39 21 78  
[www.mutuelle.sante.29.fr](http://www.mutuelle.sante.29.fr)

