

Affiliation Modification Radiation

Henner™

UG38

Email : ug38@henner.fr

Téléphone : 02 51 88 76 38

Adresse : 1 Rue Marcel Paul

44097 NANTES Cedex1

Numéro de contrat | | | | _____

Société _____

Nom de l'établissement _____

1

AFFILIÉ [Tous les champs sont obligatoires](#)

Madame/ Monsieur	Nom /Prénom(s) /Nom de jeune fille	Né(e) le	N° de Sécurité sociale	Acceptation EDI*
<input type="checkbox"/> Madame	Nom :			<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Monsieur	Prénom(s) :			<input type="checkbox"/> Non
	Nom de jeune fille :			

Adresse _____

CP _____ Ville _____

Tél _____ Portable _____ E-mail _____

 Vous serez alerté(e) par email de la disponibilité de vos décomptes de remboursement sur votre espace personnel en ligne

Matricule salarié |_|_|_|_|_|_|_|_| Date d'entrée dans l'entreprise ___/___/___ Date d'effet ___/___/___

Cotisant à l'AGIRC Non cotisant à l'AGIRC

2

BÉNÉFICIAIRES à inscrire à modifier à radier

[Tous les champs sont obligatoires](#)

Lien familial	Prénom(s) & Nom	Né(e) le	Sexe	N° de Sécurité sociale	Autre complémentaire santé	Acceptation EDI*	Date d'effet
Conjoint					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant 1					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant 2					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant 3					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

 *Télétransmission : n'envoyez plus de décompte papier et soyez remboursé(e) sous 48h

En acceptant la liaison EDI (Échanges de Données Informatiques), j'autorise ma caisse de Sécurité sociale à transmettre directement les informations à Henner (à l'exception des bénéficiaires ayant déjà une autre complémentaire santé).

Options	<input checked="" type="checkbox"/> Base	Préciser si option :
---------	--	----------------------

JE CERTIFIE

L'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus qui serviront de base à l'affiliation à venir, et je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité de l'affiliation, conformément à l'Article L 932-7 du Code de la Sécurité sociale.

Mon affiliation permet la délivrance d'une carte santé ouvrant droit à la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé, dans les conditions définies au contrat. Je m'engage à restituer sans délai ma carte en cours de validité à Henner ou au service du personnel si je venais à quitter le groupe adhérent ainsi qu'à rembourser toute somme indûment avancée sur mon compte.

DOCUMENTS À JOINDRE

- > Relevé d'identité bancaire ou postal
- > Copie de l'attestation de droits à l'Assurance Maladie (**pas de copie de la Carte Vitale**) à l'adresse de l'affilié pour :
 - Vous (l'affilié)
 - Votre conjoint
 - Votre (vos) enfant(s)
- > Justificatif de vie commune si affiliation d'un conjoint : dernière quittance de loyer aux deux noms, facture d'électricité, de gaz ou de téléphone, copie PACS.
- > Certificat de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans
- > Justificatif du taux d'incapacité pour les ayants-droits concernés

Fait à _____

Signature

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

Le _____

Cachet de l'entreprise