Hélium
Gestionnaire Santé et Prévoyance

Bulletin individuel LOI EVIN
Complémentaire Santé
RETRAITE

MERCI DE COMPLETER CE FORMULAIRE EN LETTRES MAJUSCULES

Identification de l'affilié

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Immatriculé(e) auprès de la ☐ CPAM ☐ MSA ☐ Autres (préciser) .....

N° Sécurité Sociale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Situation de Famille : ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Veuf ☐ Divorcé ☐ Concubinage ☐ Pacsé ☐ Retraité

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Email * .....@.....

- ☐ Autoriser l'envoi des décomptes par email
- ☐ Autoriser l'envoi des attestations de tiers – payant par email
- ☐ Autoriser l'envoi des appels de prime par email
- ☐ Refus des communications par email

IPC GIE

CONTRAT LOI EVIN

Cachet de l'employeur obligatoire

Choix de collège :

☐ BASE
☐ BASE + SURCOMPLEMENTAIRE 1
☐ BASE + SURCOMPLEMENTAIRE 2

L'adhésion prendra effet au

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Jusqu'au

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Adhésion du conjoint ou du concubin :

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	N° Sécurité Sociale
		☐ M ☐ F	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Autres bénéficiaires à garantir

Ceux qui sont pris en charge par votre Caisse d'Assurance Maladie et qui sont inscrits sur votre attestation de Sécurité Sociale ou celle de votre conjoint, ainsi que vos enfants, étudiants ou apprentis.

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	N° Sécurité Sociale
		☐ M ☐ F	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐
		☐ M ☐ F	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐
		☐ M ☐ F	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐
		☐ M ☐ F	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐
		☐ M ☐ F	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Télétransmission

☐ J'autorise la Caisse Primaire d'Assurance Maladie à transmettre à Hélium, copie de mes décomptes Maladie – Chirurgie pour nous permettre de procéder à la télétransmission (envoi automatique de l'image décompte par votre centre de Sécurité Sociale, ce qui vous dispense de nous adresser l'exemplaire papier).

☐ Je renonce à l'instauration de la télétransmission pour : ☐ moi ☐ mon conjoint ☐ mes enfants : .....

(plusieurs choix possibles)

Fait le ..... À ..... Signature

Pièces à joindre à votre demande d'adhésion

- Photocopies des attestations de la Sécurité Sociale jointes à la Carte Vitale (pas la carte à puce) de chaque personne à assurer
- joindre attestation ou justificatif de concubinage
- Le relevé d'identité bancaire de l'assuré principal
- Justificatif de concubinage (si déclaré(e) en concubinage)
- Certificat de scolarité pour tout enfant âgé de + 18 ans

afaq ISO 9001 Qualité AFNOR CERTIFICATION

Il vous est possible d'adresser des réclamations relatives au bulletin d'adhésion ou au contrat par mail à reclamation@helium.fr ou par lettre simple à l'adresse suivante à Hélium, Service Réclamations, 4 rue Léon Patoux CS 60007, 51686 Reims Cedex 2, sans préjudice des actions en justice que vous avez la possibilité d'exercer par ailleurs.
Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui vous concernent, sur simple courrier adressé à Hélium, Service Conformité, 4 rue Léon Patoux CS 60007, 51686 Reims Cedex 2.
Hélium SAS, 4 rue Léon Patoux, CS 60007, 51686 Reims Cedex 2 – Tél : 03 26 61 24 61 – Fax : 03 26 61 24 62 - email : helium@helium.fr
RCS Reims 513 263 111 – APE 66 22Z – TVA intracommunautaire n° FR 93 513 263 111 – N° ORIAS 09 050 797 – www.orias.fr

FHG01-8-011216