Correspondant Local

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION A L'ASSURANCE REMBOURSEMENT DE FRAIS

Certificat d'adhésion N°

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__| |__|__|

RAISON SOCIALE : _____

ADRESSE : _____

|__|__|__|__|__| _____

Participant ☐ **M.** ☐ **Mme** ☐ **Mlle**

Nom, prénom _____ Nom de jeune fille _____

Adresse _____

Code Postal |__|__|__|__|__| Ville _____

Activité : ☐ Actif ☐ Retraité ☐ Autre _____

Organisme d'affiliation (1) |__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__| N° S.S.(1) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Date de naissance |__|__|__|__|__|__| Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Vie maritale ☐ Pacsé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Nombre d'enfants |____| ☐ Cadre ☐ Non cadre Date d'entrée |__|__|__|__|__|__| Dans l'entreprise |__|__|__|__|__|__| Dans l'assurance

☐ **Conjoint**(2) ☐ **Pacsé(e)** (2) ☐ **Concubin**(2)

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance |__|__|__|__|__|__| Numéro de S.S.(si en activité) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__| Clé

Régime S.S. : ☐ Général ☐ Autre (à préciser) _____

Enfant(s) à charge

Nom	Prénom	Sexe	Naissance	Numéro S.S.	Clé

Autre(s) bénéficiaire(s) *Tel(s) que défini(s) au certificat d'adhésion*

Nom	Prénom	Sexe	Naissance	Numéro S.S.	Clé

Le soussigné peut demander à l'institution communication de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de l'institution, de ses mandataires, des réassureurs et des organismes professionnels concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante :
UNIPREVOYANCE – 10, rue Massue – 94307 VINCENNES Cedex

IMPORTANT : joindre une copie de votre **carte d'assuré social**, de votre **relevé d'identité bancaire (RIB)** ou **postal (RIP)**.

Cachet de l'entreprise :

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document et m'engage à en signaler toute modification.

DATE : _____ **SIGNATURE :**

(1) ces éléments figurent sur la carte d'assuré social
(2) si la garantie du conjoint, pacsé ou concubin est prévue au certificat d'adhésion

10, rue Massue – 94307 VINCENNES Cedex
Téléphone 01.58.64.41.00 – Télécopie 01.58.64.42.30 – www.uniprevoyance.fr

Institution de Prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale.