



FORMULAIRE DE DEMANDE DE COUVERTURE LOI ÉVIN

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : Prénom :

N° de Sécurité sociale : N° Organisme d'affiliation* :
* Ce numéro figure sur votre attestation de droits Sécurité sociale

Date de naissance : / / N° de téléphone :

Adresse e-mail :

Adresse :

Je suis : l'assuré principal (ancien salarié intérimaire) ayant droit d'un salarié intérimaire (conjoint ou enfant à charge)

Cochez cette case si vous êtes inscrit au régime local d'Alsace Moselle :

Pour affilier plusieurs enfants à charge, merci de photocopier cette page et de la compléter pour chacun des enfants.

GARANTIE DE BASE

Je souhaite être couvert par INTÉRIMAIRES SANTÉ au titre de la Loi Évin et bénéficier de la Garantie de base.

ANCIEN SALARIÉ INTÉRIMAIRE Champs à compléter uniquement si le salarié intérimaire est décédé.

Nom : Prénom :

N° de Sécurité sociale : Date de naissance : / /

ACCÉLÉRER ET AUTOMATISER SES REMBOURSEMENTS

Pour simplifier mes demandes de remboursements, je peux bénéficier de la **télétransmission NOÉMIE**.

La télétransmission NOÉMIE permet l'échange d'information de manière automatique avec l'Assurance Maladie. Grâce à ce système, vos décomptes de remboursement sont envoyés automatiquement à INTÉRIMAIRES SANTÉ et **vos remboursements sont réalisés en 48h**.

Si je ne souhaite pas bénéficier de la télétransmission NOEMIE, je coche la case suivante :

Si je coche cette case, je devrai envoyer mes décomptes Sécurité sociale à INTÉRIMAIRES SANTÉ pour être remboursé.

SIGNATURE

Date (JJ/MM/AAAA) : / /

Fait à

Signature*

DONNÉES PERSONNELLES

INTÉRIMAIRES SANTÉ est la marque du Régime Frais de Santé des salariés intérimaires - Régime recommandé par la Branche du Travail Temporaire. SIACI SAINT HONORE, en qualité d'opérateur choisi par la branche, met en oeuvre un traitement des données à caractère personnel nécessaire à votre identification formelle pour accéder à un espace sécurisé, à l'émission d'un contrat d'assurance frais de santé, sa gestion et son suivi et à la réalisation des diligences réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment et de financement du terrorisme. A cet égard, les données collectées sont toutes obligatoires. Les destinataires de vos données à caractère personnel sont : l'assureur porteur de risques, SIACI SAINT HONORE et les prestataires participant à la gestion du contrat d'assurance. Vos données à caractère personnel seront conservées pendant toute la durée nécessaire au service de gestion telle que prescrite par les lois applicables en la matière. Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, ou d'effacement ou de limitation ou d'opposition et de portabilité de vos données à caractère personnel ainsi que du droit d'organiser des directives après votre mort. Pour l'exercice de vos droits, veuillez écrire au Délégué à la Protection des Données par courrier à l'adresse indiquée dans les mentions légales. Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle en charge de la protection des données personnelles.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA – LOIEVIN

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SIACI SAINT HONORE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SIACI SAINT HONORE. Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations ci-dessous sont obligatoires et nécessaires à votre créancier afin de mettre en oeuvre le mandat de prélèvement européen. Conformément à la réglementation en matière de protection des données personnelles applicable dans votre pays, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification portant sur les données personnelles vous concernant, ainsi que celui de vous opposer à leur traitement, sous réserve de justifier d'un motif légitime (si exigé par la loi applicable dans votre pays). Pour exercer ces droits, vous pouvez vous référer au contrat conclu avec votre créancier.

MERCI DE RENSEIGNER VOS INFORMATIONS EN LETTRES CAPITALES

LE DÉBITEUR

Si le débiteur est différent de l'assuré principal, merci de joindre une attestation sur l'honneur autorisant l'assuré à utiliser le compte du débiteur pour régler INTÉRIMAIRES SANTÉ. Cette attestation doit être signée par l'assuré et le débiteur.

Nom :

Prénom :

Adresse (Bât / Etage / N° et Nom de rue) :

Code postal :

Ville :

Pays :

COORDONNÉES BANCAIRES

Domiciliation* :

La « domiciliation » correspond au nom de votre banque.

Titulaire du compte* :

BIC* :

IBAN* :

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent : Mensuel **Le prélèvement de vos cotisations a lieu le 15 de chaque mois.**

LE CRÉANCIER

SIACI SAINT HONORE
Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch
75815 Paris cedex 17 – FRANCE

Identifiant du créancier : **FR40ZZZ408436**

SIGNATURE

Date (JJ/MM/AAAA) :

Signature*

Fait à :

* Champs obligatoire