

CFE-CGC FCCS

Garantie Santé



KIT D’AFFILIATION DU PARTICIPANT

Vous trouverez ci-joint une demande d’affiliation pour les garanties frais de santé mises en place par la Fédération CFE-CGC de la culture, de la communication et du spectacle (FCCS).

Les données suivies d’un astérisque doivent être obligatoirement complétées pour la bonne exécution de la gestion de votre contrat.

Comment retourner ce dossier ?



Par mail à :
leboucherdidier@gmail.com

Une question ?



06 87 29 62 34
Monsieur Didier Le Boucher
SNELD – FCCS
Mutuelle – Formation





LES + AUDIENS



Assistance 24 heures/24 et 7 jours/7

en cas d'accident, de maladie ou d'hospitalisation imprévue ou programmée.



Tiers payant

Dispense d'avance de frais auprès des professionnels de santé, sous condition.



Reste à charge maîtrisé

avec le réseau de soins Sévéane.



Aides possibles de l'action sociale

en cas de dépenses de santé importantes ou de difficultés de paiement.



Services de e-santé

MédecinDirect et Deuxième Avis proposés aux assurés Audiens Santé Prévoyance, sans délai de carence ni surcoût.



Espace client Audiens

En ligne ou sur application pour faciliter la gestion de votre contrat et simplifier vos démarches (Carte de tiers payant dématérialisée, suivi de remboursements, simulation du reste à charge, consultation de la notice et des exemples de remboursements, envoi de justificatifs, demande de prise en charge hospitalière, géolocalisation des professionnels du réseau de soins, mise à jour de votre situation familiale).



Pour faciliter le traitement numérique du dossier, **merci de ne pas agraffer les documents.**

Demande d'affiliation au contrat collectif à adhésion facultative

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT*

Numéro de Sécurité sociale à indiquer impérativement en haut de la page

Madame Monsieur

Nom Prénom

Né(e) le Ville et pays de naissance

Célibataire Marié(e) Concubin(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Adresse

Code postal Commune

Tél. Mobile

Courriel

SITUATION DU PARTICIPANT*

Je confirme être un ressortissant de la Fédération

- qui bénéficie ou a bénéficié d'une couverture auprès d'Audiens Santé Prévoyance au titre d'une entreprise adhérente.
 qui est âgé de moins de 80 ans à la date d'effet de l'affiliation.

MODALITÉ DU CONTRAT*

Niveau de couverture souscrit

Renfort Confort

Date d'effet souhaitée

Date d'effet de l'affiliation au contrat de santé FCCS





Pour faciliter le traitement numérique du dossier, **merci de ne pas agraffer les documents.**

Mandat de prélèvement SEPA

EXEMPLE : COMMENT REMPLIR LE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA ?

VOTRE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA - PRÉLÈVEMENT RÉCURRENT*

Madame Monsieur

Nom *Comet* Prénom *Paul*

Adresse *74 rue de la Paix*

Code postal *92179* Commune *Vanves*

Coordonnées bancaires – Désignation du compte à débiter

BIC *0000000000*

IBAN *00000000000000000000000000000000*

N'oubliez pas de signer et de joindre un RIB comportant les mentions BIC & IBAN

Désignation du créancier

AUDIENS SANTÉ PRÉVOYANCE
74 rue Jean Bleuzen
92177 Vanves Cedex
Identifiant : créancier SEPA FR54ZZ399357

En signant ce formulaire de Mandat de prélèvement SEPA, vous autorisez AUDIENS SANTÉ PRÉVOYANCE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé 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. NB : Vos droits concernant le présent Mandat de Prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Fait à *Vanves* Le *00/00/0000* Signature 

Si le titulaire du compte n'est pas l'affilié, merci de nous préciser si vous êtes liés par

Lien de parenté Autre

- 1 Inscrivez vos nom, prénom et adresse complète
- 2 Inscrivez les coordonnées de votre Relevé d'Identité Bancaire (vous trouverez cette pièce dans votre carnet de chèques), n'oubliez pas de le joindre à votre mandat de prélèvement SEPA
- 3 Datez et signez le mandat de prélèvement SEPA

Le mandat de prélèvement SEPA remplace l'autorisation de prélèvement. Pour la mise à jour de votre dossier, il est à nous retourner complété et signé accompagné d'un RIB et d'une copie de votre pièce d'identité uniquement si le compte bancaire n'est pas ouvert auprès d'un établissement français.

VOTRE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA - PRÉLÈVEMENT RÉCURRENT*

Madame Monsieur

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Coordonnées bancaires – Désignation du compte à débiter

BIC _____

IBAN _____

N'oubliez pas de signer et de joindre un RIB comportant les mentions BIC & IBAN

Désignation du créancier

AUDIENS SANTÉ PRÉVOYANCE
74 rue Jean Bleuzen
92177 Vanves Cedex
Identifiant : créancier SEPA FR54ZZ399357

En signant ce formulaire de Mandat de prélèvement SEPA, vous autorisez AUDIENS SANTÉ PRÉVOYANCE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé 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. NB : Vos droits concernant le présent Mandat de Prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Fait à _____ Le _____ Signature _____

Si le titulaire du compte n'est pas l'affilié, merci de nous préciser si vous êtes liés par

Lien de parenté Autre _____



