

N° MATRICULE : .....  
ADRESSE DU MAGASIN : .....  
NOM DU GESTIONNAIRE DE PAIE : .....



## CAPAVES PRÉVOYANCE

INSTITUTION INTERPROFESSIONNELLE DE PRÉVOYANCE

Régie par le Code de la Sécurité Sociale et agréée par arrêté du Ministère des Affaires Sociales en date du 13 Février 1992 sous le n°987

**BULLETIN D'AFFILIATION INDIVIDUELLE FRAIS DE SANTÉ  
DES SALARIÉS NON-CADRES DE LA SOCIÉTÉ « SDNH » Société Nouvelle des  
Hypermarchés - SAS**

**A TRANSMETTRE AU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES DE LA SOCIÉTÉ « SDNH »  
Société Nouvelle des Hypermarchés - SAS**

Mon régime d'assuré social est : le Régime Général  le Régime Particulier Alsace Moselle

➤ CONTRAT DE BASE OBLIGATOIRE (avec participation mensuelle du salarié affilié au régime général de 35,63 € et de 30,50 € pour le salarié affilié au Régime particulier Alsace Moselle pour l'exercice 2008)

Date d'effet de l'adhésion au contrat obligatoire |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Numéro de Sécurité Sociale		Date d'embauche : .....
Nom et prénom		Cachet de la société <b>S.D.N.H.</b>
Nom de jeune fille		
Date de naissance		
Situation de famille		
Adresse		
Ville et code postal		Cachet obligatoire

➤ Dans le cadre de mon affiliation personnelle et pour qu'ils puissent aussi bénéficier des garanties du contrat, je demande l'incorporation des autres bénéficiaires suivants, membres de ma famille :

BÉNÉFICIAIRES AYANTS DROIT DU SALARIÉ	NOM (de jeune fille pour l'épouse)	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE
Votre conjoint – concubin (1)				
Enfant (célibataire et à charge au sens fiscal)				
Enfant (célibataire et à charge au sens fiscal)				
Enfant (célibataire et à charge au sens fiscal)				
Enfant (célibataire et à charge au sens fiscal)				

(1) Rayer la mention inutile. La notion de concubin est assimilée à celle de conjoint, sous réserve de produire un document officiel justifiant le concubinage notoire depuis au moins deux ans ou officialisé par un P.A.C.S.

- Je joins au bulletin d'affiliation individuelle les pièces nécessaires dont la liste figure au verso.
- Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information, établie par la CAPAVES PRÉVOYANCE, servant de résumé au contrat souscrit entre cette Institution et de la société **S.D.N.H.**
- J'autorise la société **S.D.N.H.** à transmettre à la CAPAVES PRÉVOYANCE mes coordonnées bancaires afin de procéder au paiement des prestations.
- Je demande à bénéficier des avantages de la procédure NOÉMIE de télétransmission des décomptes de Sécurité Sociale (à condition que les bénéficiaires concernés soient affiliés au régime général de la sécurité sociale ou particulier Alsace Moselle et qu'ils ne bénéficient pas de cette télétransmission avec une autre mutuelle) pour :
- uniquement les bénéficiaires  l'ensemble des bénéficiaires  aucun des bénéficiaires (y compris moi-même)  
inscrits sur mon attestation vitale et moi-même

Je bénéficie déjà d'un contrat complémentaire santé souscrit à titre obligatoire par l'employeur de mon conjoint

➤ Je choisis l'une des garanties optionnelles facultatives suivantes

OPTION 3  OPTION 4 Date d'effet de l'adhésion à l'option facultative |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|

LE SALARIÉ  
Date et signature précédée de la mention "Lu et approuvé"

LA SOCIÉTÉ **S.D.N.H.**  
Date et signature précédée de la mention "Lu et approuvé"

N° MATRICULE : .....  
 ADRESSE DU MAGASIN : .....  
 NOM DU GESTIONNAIRE DE PAIE : .....



**CAPAVES PRÉVOYANCE**

INSTITUTION INTERPROFESSIONNELLE DE PRÉVOYANCE

Régie par le Code de la Sécurité Sociale et agréée par arrêté du Ministère des Affaires Sociales en date du 13 Février 1992 sous le n°987

**BULLETIN D’AFFILIATION INDIVIDUELLE FRAIS DE SANTÉ  
 DES SALARIÉS NON-CADRES DE LA SOCIETE « SDNH » Société Nouvelle des  
 Hypermarchés - SAS**

**A TRANSMETTRE AU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES DE LA SOCIETE « SDNH »  
 Société Nouvelle des Hypermarchés - SAS**

Mon régime d'assuré social est : le Régime Général  le Régime Particulier Alsace Moselle

➤ CONTRAT DE BASE OBLIGATOIRE (avec participation mensuelle du salarié affilié au régime général de 35,63 € et de 30,50 € pour le salarié affilié au Régime particulier Alsace Moselle pour l'exercice 2008)

Date d'effet de l'adhésion au contrat obligatoire |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Numéro de Sécurité Sociale		Date d'embauche : .....
Nom et prénom		Cachet de la société <b>S.D.N.H.</b>
Nom de jeune fille		
Date de naissance		
Situation de famille		
Adresse		
Ville et code postal		Cachet obligatoire

➤ Dans le cadre de mon affiliation personnelle et pour qu'ils puissent aussi bénéficier des garanties du contrat, je demande l'incorporation des autres bénéficiaires suivants, membres de ma famille :

BÉNÉFICIAIRES AYANTS DROIT DU SALARIÉ	NOM (de jeune fille pour l'épouse)	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE
Votre conjoint – concubin (1)				
Enfant (célibataire et à charge au sens fiscal)				
Enfant (célibataire et à charge au sens fiscal)				
Enfant (célibataire et à charge au sens fiscal)				
Enfant (célibataire et à charge au sens fiscal)				

(1) Rayer la mention inutile. La notion de concubin est assimilée à celle de conjoint, sous réserve de produire un document officiel justifiant le concubinage notoire depuis au moins deux ans ou officialisé par un P.A.C.S.

- Je joins au bulletin d'affiliation individuelle les pièces nécessaires dont la liste figure au verso.
- Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information, établie par la CAPAVES PRÉVOYANCE, servant de résumé au contrat souscrit entre cette Institution et de la société **S.D.N.H.**
- J'autorise la société **S.D.N.H.** à transmettre à la CAPAVES PRÉVOYANCE mes coordonnées bancaires afin de procéder au paiement des prestations.
- Je demande à bénéficier des avantages de la procédure NOÉMIE de télétransmission des décomptes de Sécurité Sociale (à condition que les bénéficiaires concernés soient affiliés au régime général de la sécurité sociale ou particulier Alsace Moselle et qu'ils ne bénéficient pas de cette télétransmission avec une autre mutuelle) pour :
  - uniquement les bénéficiaires inscrits sur mon attestation vitale et moi même
  - l'ensemble des bénéficiaires
  - aucun des bénéficiaires (y compris moi-même)

Je bénéficie déjà d'un contrat complémentaire santé souscrit à titre obligatoire par l'employeur de mon conjoint

➤ Je choisis l'une des garanties optionnelles facultatives suivantes

OPTION 3     OPTION 4    Date d'effet de l'adhésion à l'option facultative |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

LE SALARIÉ Date et signature précédée de la mention "Lu et approuvé"	LA SOCIETE <b>S.D.N.H.</b> Date et signature précédée de la mention "Lu et approuvé"
---	---

N° MATRICULE : .....  
 ADRESSE DU MAGASIN : .....  
 NOM DU GESTIONNAIRE DE PAIE : .....



**CAPAVES PRÉVOYANCE**

INSTITUTION INTERPROFESSIONNELLE DE PRÉVOYANCE

Régie par le Code de la Sécurité Sociale et agréée par arrêté du Ministère des Affaires Sociales en date du 13 Février 1992 sous le n°987

**BULLETIN D'AFFILIATION INDIVIDUELLE FRAIS DE SANTÉ  
 DES SALARIÉS NON-CADRES DE LA SOCIETE « SDNH » Société Nouvelle des  
 Hypermarchés - SAS**

**A TRANSMETTRE AU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES DE LA SOCIETE « SDNH »  
 Société Nouvelle des Hypermarchés - SAS**

Mon régime d'assuré social est : le Régime Général  le Régime Particulier Alsace Moselle

➤ CONTRAT DE BASE OBLIGATOIRE (avec participation mensuelle du salarié affilié au régime général de 35,63 € et de 30,50 € pour le salarié affilié au Régime particulier Alsace Moselle pour l'exercice 2008)

Date d'effet de l'adhésion au contrat obligatoire |\_\_|\_|\_|\_|\_|

Numéro de Sécurité Sociale		Date d'embauche : .....
Nom et prénom		Cachet de la société S.D.N.H.     Cachet obligatoire
Nom de jeune fille		
Date de naissance		
Situation de famille		
Adresse		
Ville et code postal		

➤ Dans le cadre de mon affiliation personnelle et pour qu'ils puissent aussi bénéficier des garanties du contrat, je demande l'incorporation des autres bénéficiaires suivants, membres de ma famille :

BÉNÉFICIAIRES AYANTS DROIT DU SALARIÉ	NOM (de jeune fille pour l'épouse)	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE
Votre conjoint – concubin (1)				
Enfant (célibataire et à charge au sens fiscal)				
Enfant (célibataire et à charge au sens fiscal)				
Enfant (célibataire et à charge au sens fiscal)				
Enfant (célibataire et à charge au sens fiscal)				

(1) Rayer la mention inutile. La notion de concubin est assimilée à celle de conjoint, sous réserve de produire un document officiel justifiant le concubinage notoire depuis au moins deux ans ou officialisé par un P.A.C.S.

➤ Je joins au bulletin d'affiliation individuelle les pièces nécessaires dont la liste figure au verso.

Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information, établie par la CAPAVES PRÉVOYANCE, servant de résumé au contrat souscrit entre cette Institution et la société « SDNH » Société Nouvelle des Hypermarchés - SAS

J'autorise la société « SDNH » Société Nouvelle des Hypermarchés - SAS

➤ à transmettre à la CAPAVES PRÉVOYANCE mes coordonnées bancaires afin de procéder au paiement des prestations.  
 ➤ Je demande à bénéficier des avantages de la procédure NOÉMIE de télétransmission des décomptes de Sécurité Sociale (à condition que les bénéficiaires concernés soient affiliés au régime général de la sécurité sociale ou particulier Alsace Moselle et qu'ils ne bénéficient pas de cette télétransmission avec une autre mutuelle) pour :

uniquement les bénéficiaires inscrits sur mon attestation vitale et moi même  l'ensemble des bénéficiaires  aucun des bénéficiaires (y compris moi-même)

Je bénéficie déjà d'un contrat complémentaire santé souscrit à titre obligatoire par l'employeur de mon conjoint

➤ Je choisis l'une des garanties optionnelles facultatives suivantes

OPTION 3  OPTION 4 Date d'effet de l'adhésion à l'option facultative |\_\_|\_|\_|\_|\_|

LE SALARIÉ Date et signature précédée de la mention "Lu et approuvé"	LA SOCIETE S.D.N.H. Date et signature précédée de la mention "Lu et approuvé"
---	--

**Votre bulletin  
d'affiliation  
individuelle  
est-il  
correctement  
rempli ?**

- ✦ Vous avez bien précisé quel était votre régime d'assuré social (Régime Général ou Régime Particulier Alsace Moselle)
- ✦ Vous avez indiqué vos coordonnées, donné tous les renseignements concernant les bénéficiaires et vous même et coché une des cases relatives à la demande de télétransmission
- ✦ Vous avez coché la case : « je bénéficie déjà d'un contrat complémentaire santé souscrit à titre obligatoire par l'employeur de mon conjoint ». Dans ce cas précis, il est impératif de joindre une attestation délivrée par l'employeur de votre conjoint sur papier à en tête mentionnant le caractère obligatoire et familial de ce contrat (votre nom et prénom doit être mentionné sur cette attestation). A défaut de ce document, vous ne pourrez pas prétendre au tarif « particulier ».
- ✦ Votre employeur a apposé son cachet, précisé la date d'effet de l'adhésion au contrat de base obligatoire et de l'option facultative éventuellement souscrite, signé le bulletin d'affiliation individuelle
- ✦ Vous avez également signé le bulletin d'affiliation individuelle

Vous avez joint les documents suivants :

- ✦ Une copie de l'attestation "papier" de droits jointe par la Sécurité Sociale à la carte Vitale pour chaque membre de la famille immatriculé auprès de la Sécurité Sociale (et non la copie de la carte Vitale)

**Enfants selon les situations**

**Concubins**

- ✦ Photocopie de la carte d'assuré social étudiant, en vigueur pour l'année en cours
- ✦ Pour les enfants âgés de 18 ans et plus : un justificatif de scolarité, de contrat d'apprentissage, etc...
- ✦ Pour les enfants handicapés à 80% et plus : une copie de la carte d'invalidité

- ✦ Un certificat de vie en concubinage délivré par la mairie ou une attestation sur l'honneur dûment signée justifiant que le concubinage dure depuis au moins deux ans et tout justificatif officiel (facture EDF, quittance de loyer...) datant de moins de 3 mois
- ✦ Une copie du PACS


✦ **Un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal :**

- si vous souhaitez que vos prestations soient virées sur un autre compte que celui sur lequel votre salaire est versé
- si votre salaire vous est réglé par chèque par la société « SDNH » Société Nouvelle des Hypermarchés - SAS

<b>Cotisations mensuelles 2008</b>	<b>REGIME OBLIGATOIRE TARIF DEROGATOIRE SALARIE «SOLE »</b>	<b>REGIME OBLIGATOIRE 2008 TARIF « FAMILLE » »</b>	<b>OPTION 3 (en sus de la cotisation obligatoire) TARIF « FAMILLE » au 1<sup>er</sup> mars 2008</b>	<b>OPTION 4 (en sus de la cotisation obligatoire) TARIF « FAMILLE »</b>
Régime Général	21,35 €	35,63 €	9,98 €	27,73 €
Régime Particulier Alsace Moselle	18,30 €	30,50 €	9,42 €	24,68 €

**N'OUBLIEZ PAS DE TRANSMETTRE CE BULLETIN  
AU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES DE LA SOCIETE S.D.N.H.**

**POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE, N'HÉSITEZ SURTOUT PAS A CONTACTER LA :**

**CAPAVES PRÉVOYANCE  
SECTION CHAMPION  
TSA 36301  
95843 SARCELLES CEDEX**  
  
**01 39 33 28 60/61/62/63/64  
Télécopie : 01 39 33 28 65  
Courriel : j.andre@groupearies.fr**