

Affiliation  Modification

**THE AMERICAN  
UNIVERSITY 50  
of PARIS YEARS**

**Henner™**

UG39

Email : [ug39@henner.fr](mailto:ug39@henner.fr)

Téléphone : 02.51.88.76.44

Adresse : 1 Rue Marcel Paul 44097 NANTES  
CEDEX

Numéro de contrat 566 4620 01

Société The American University of Paris

## 1 AFFILIÉ

Madame / Monsieur	Nom / Prénom(s) / Nom de jeune fille	Né(e) le	N° de Sécurité sociale	Acceptation EDI*
	Nom : .....			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Prénom(s) : .....			
	Nom de jeune fille : .....			

Adresse \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tél \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Je choisis d'être alerté(e) par email de la disponibilité de mes décomptes de remboursement sur mon espace personnel en ligne  Oui  Non (décompte papier sous 65 jours)

Date d'entrée dans l'entreprise \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Date d'effet \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

 \*Télétransmission : n'envoyez plus de décompte papier et soyez remboursé(e) sous 48h

En acceptant la liaison EDI (Échanges de Données Informatiques), j'autorise ma caisse de Sécurité sociale à transmettre directement les informations à Henner (à l'exception des bénéficiaires ayant déjà une autre complémentaire santé).

## 2 BÉNÉFICIAIRES à inscrire à modifier à radier

Lien familial	Prénom(s) & Nom	Né(e) le	Sexe	N° de Sécurité sociale	Autre complémentaire santé	Acceptation EDI	Date d'effet
Conjoint					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant 1					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant 2					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant 3					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Options

 Je souhaite bénéficier de l'option facultative surcomplémentaire**JE CERTIFIE**

L'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus qui serviront de base à l'affiliation à venir, et je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité de l'affiliation, conformément à l'Article L 932-7 du Code de la Sécurité sociale.

Mon affiliation permet la délivrance d'une carte santé ouvrant droit à la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé, dans les conditions définies au contrat. Je m'engage à restituer sans délai ma carte en cours de validité à Henner ou au service du personnel si je venais à quitter le groupe adhérent ainsi qu'à rembourser toute somme indûment avancée sur mon compte.

**DOCUMENTS À FOURNIR**

- > Relevé d'identité bancaire ou postal
- > Copie de l'attestation de droits à l'Assurance Maladie (pas de copie de la Carte Vitale) à l'adresse de l'affilié pour :
  - o Vous (l'affilié)
  - o Votre conjoint
  - o Votre (vos) enfant(s)
- > Justificatif de vie commune si affiliation d'un conjoint : dernière quittance de loyer aux deux noms, facture d'électricité, de gaz ou de téléphone, copie PACS.
- > Certificat de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans

Fait à \_\_\_\_\_

**Signature**Précédée de la mention « *Lu et approuvé* »

Le \_\_\_\_\_

**Cachet de l'entreprise**