

BULLETIN DE SOUSCRIPTION  
AU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ  
ADREXO DISTRIBUTEURS - SORTIE DE GROUPE  
Votre espace assuré sur [jdg-assurances.fr](http://jdg-assurances.fr)

❗ Merci de compléter obligatoirement tous les champs

PARTIE RELATIVE À L'ENTREPRISE

Raison Sociale

N° Siret

Statut  Cadre  Non-Cadre

Date d'embauche  Date de sortie des effectifs



PARTIE À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ

Civilité  Madame  Monsieur Sexe  Féminin  Masculin

Situation Familiale  Célibataire  Marié(e)  Concubin(e)  P.A.C.S  Veuf(ve) Nombre d'enfant(s) à charge

Nom d'usage

Nom de Naissance

Prénom

N° Sécurité Sociale  Date de Naissance

Lieu de Naissance

Pays de Naissance

Nationalité

N° rue/voie  Adresse

Suite

Code Postal  Commune

Pays de résidence

N° téléphone  N° portable

Adresse e-mail\*

\*Votre adresse e-mail est indispensable pour l'utilisation de votre espace assuré sur [jdg-assurances.fr](http://jdg-assurances.fr)

Je refuse la dématérialisation des échanges contractuels  
(Je recevrai mes décomptes de remboursements tous les 3 mois)

Je refuse la mise en place de la télétransmission automatique des décomptes «NOÉMIE»  
(Je devrai transmettre mes décomptes de sécurité sociale pour bénéficier des remboursements)

SOUSCRIPTION INDIVIDUELLE

Je souhaite bénéficier de l'option suivante à compter du :  0  1

(L'option sera prise en compte dès le 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant la réception de la demande, dans un délai maximal de 6 mois à compter de la date de rupture du contrat de travail.)

Je coche au minimum l'option déjà en place lors de mon contrat collectif.

BASE

OPTION 1

OPTION 2

**Mandat de prélèvement SEPA** : très important, merci de compléter et signer le mandat de prélèvement SEPA et nous le retourner accompagné d'un relevé d'identité bancaire d'un compte courant ou d'un compte joint ainsi que la copie de votre pièce d'identité recto/verso en cours de validité.

Régime frais de santé dans le cadre d'un régime collectif assuré par AXA

RÈGLEMENTATION

Dans le cadre de l'exécution de votre contrat d'assurance (Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée), les données personnelles que COLONNA FACILITY (ci-après « CF ») collecte sont obligatoires et nécessaires à l'exécution de votre contrat. A défaut de fourniture de ces données, CF sera dans l'impossibilité de traiter vos demandes. Les données personnelles que nous collectons permettent la gestion des Prestations Santé, des Sinistres Prévoyance, des recours et contentieux, des réclamations, des demandes d'exercice de vos droits, l'élaboration de statistiques actuarielles. Vos données personnelles sont utilisées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans le cadre des traitements de CF, vos données, y compris les données dites de santé, peuvent être communiquées aux Assureurs, Réassureurs, Organismes Professionnels et sous-traitants habilités, aux sociétés de son groupe et à l'établissement des liaisons informatisées avec votre régime obligatoire d'assurance maladie. Les données personnelles sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle, jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux ou de respect d'une obligation réglementaire. Pour exercer vos droits liés aux traitements de vos données personnelles, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) par courrier électronique : [dpo@service.jdg-assurances.fr](mailto:dpo@service.jdg-assurances.fr) ou par courrier postal : COLONNA FACILITY pour le compte de JDG ASSURANCES - Délégué à la Protection des Données - 41207 ROMORANTIN Cedex. Vous pouvez aussi formuler une réclamation près de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <http://cnil.fr>.

**POUR FINALISER VOTRE DOSSIER, TOURNEZ LA PAGE SVP**

## PIÈCES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- Le relevé d'identité bancaire de votre compte ou celui d'un compte joint.
- La copie recto/verso de votre pièce d'identité en cours de validité.
- La copie de votre attestation de sécurité sociale de **moins de 3 mois**.
- La copie de l'attestation de sécurité sociale de vos ayants droit de **moins de 3 mois**.
- Pour les enfants, selon leur qualité : certificat de scolarité, copie du contrat d'apprentissage, copie de l'attestation de sécurité sociale.
- Pour votre conjoint, concubin, partenaire P.A.C.S, selon votre situation familiale : copie du livret de famille, copie de l'attestation sur l'honneur de vie commune, copie de l'attestation du P.A.C.S.

### COMPOSITION FAMILIALE

(A compléter uniquement si vous avez choisi d'affilier vos ayants-droit, sous réserve du paiement d'une cotisation supplémentaire)

Lien de parenté	Nom	Prénom	Télétransmission NOEMIE <sup>(1)</sup>
Conjoint, Concubin, P.A.C.S			<input type="checkbox"/> OUI
	Date de Naissance	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> NON
	N° Sécurité Sociale		
1 <sup>er</sup> Enfant			<input type="checkbox"/> OUI
	Date de Naissance	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> NON
	N° Sécurité Sociale	Rang de naissance	
2 <sup>ème</sup> Enfant			<input type="checkbox"/> OUI
	Date de Naissance	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> NON
	N° Sécurité Sociale	Rang de naissance	
3 <sup>ème</sup> Enfant			<input type="checkbox"/> OUI
	Date de Naissance	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> NON
	N° Sécurité Sociale	Rang de naissance	
4 <sup>ème</sup> Enfant			<input type="checkbox"/> OUI
	Date de Naissance	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> NON
	N° Sécurité Sociale	Rang de naissance	
5 <sup>ème</sup> Enfant			<input type="checkbox"/> OUI
	Date de Naissance	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> NON
	N° Sécurité Sociale	Rang de naissance	

<sup>(1)</sup> Si je renonce, je dois transmettre mes décomptes originaux pour bénéficier des remboursements.

PORTAIL INTERNET [jdg-assurances.fr](http://jdg-assurances.fr).



Simple et Rapide !

Profitez de tous les services & avantages en ligne

L'APPLICATION MOBILE JDG ASSURANCES :



- Votre carte de tiers payant,
- Vos remboursements santé,
- Un service de prise en charge 7/7 en cas d'hospitalisation,
- La géolocalisation des professionnels de santé et partenaires.

Fait à \_\_\_\_\_ Le    20

SIGNATURE DE L'ASSURÉ

Nous vous invitons à nous faire parvenir votre dossier complet, accompagné des pièces justificatives, par e-mail ou par courrier :

JDG ASSURANCES - 41207 ROMORANTIN CEDEX

[sante@service.jdg-assurances.fr](mailto:sante@service.jdg-assurances.fr)

09 82 81 46 78 (du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00)

### Mandat de Prélèvement SEPA

Zone réservée à JDG ASSURANCES

#### MANDAT

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez JDG ASSURANCES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de JDG ASSURANCES.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Type de paiement :

Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel

#### CREANCIER

Nom du créancier

JDG ASSURANCES

Nom du créancier

Adresse

4 1 2 0 7

Code Postal

France

Pays

ROMORANTIN CEDEX

Ville

Identifiant Créancier  
SEPA

F R 3 7 Z Z Z 5 8 1 2 4 7

ICS

#### A compléter par l'adhérent

#### PAYEUR

Votre nom / prénom

Nom / Prénom du débiteur

N° Sécurité Sociale

(obligatoire)

N° adhérent (si connu)

Votre adresse

Numéro et nom de la rue

Code Postal

Ville

Pays

Les coordonnées  
de votre compte

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Signé à

Lieu

Le

Date : JJ/MM/AAAA

Signature

veuillez signer ici

**Important : Merci de nous retourner ce mandat de prélèvement SEPA complété, signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB), ainsi que de la copie de votre pièce d'identité. Nous vous rappelons que les prélèvements sur compte-épargne ne sont pas acceptés.**