



Déclaration

(Cochez la case correspondante)

- d'affiliation
- de radiation
- de modification d'un salarié

Numéro de Sécurité sociale à compléter impérativement

A retourner à : **Groupe IRP AUTO**
 Service Adhésion Santé
 8, rue P.A Chadouteau
 CS 70000
 16909 ANGOULEME Cedex 9

NOM DU GROUPE

IDENTIFICATION ENTREPRISE

N° SIRET : Raison sociale :
 Code postal : Commune :
 E-mail entreprise :

IDENTIFICATION SALARIÉ

N° d'immatriculation à la Sécurité sociale (à indiquer impérativement en haut de la page) Régime : ⁽¹⁾ Général Local
 M Mme ⁽¹⁾ Nom de naissance : Prénom :
 Nom marital : Né(e) le :
 Adresse :
 Code postal : Commune : Téléphone :
 Téléphone portable : Courriel :
 Date d'entrée ⁽²⁾ Date de sortie Motif de sortie ⁽³⁾
 Catégorie ⁽⁴⁾ Sous-Catégorie ⁽⁵⁾ / Sous-Nature ⁽⁶⁾ Taux activité ⁽⁷⁾

PARTICULARITÉS D'AFFILIATION SANTÉ (Dispenses – informations en page 3)

- Le salarié remplit une des conditions de dispenses et a formulé expressément sa demande à l'entreprise à partir du (date obligatoire) et jusqu'au (date facultative).
- Le salarié n'a pas formulé expressément de demande de dispense : l'entreprise demande l'affiliation du salarié au contrat souscrit par l'entreprise.

CONDITION DE COUVERTURE SANTÉ DU SALARIÉ

Le salarié est affilié à la complémentaire santé IRP AUTO à la date d'effet du :

Pour le contrat collectif ⁽¹⁾ : RPCS Base ANI + Renfort collectif (Renfort Essentiel, Renfort 1...) Autre : (exemples : Module 1, Module 3 PRO, Régime A, B...)

SIGNATURE ET CACHET DE L'ENTREPRISE

Fait à, le / /

Signature du représentant légal précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Cachet de l'Entreprise

À RENSEIGNER UNIQUEMENT PAR LES SALARIÉS AFFILIÉS À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ : DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES AUTRES QUE LE SALARIÉ (voir la liste des pièces justificatives au verso)

Les personnes désignées ci-dessous bénéficient des mêmes garanties « Santé » que le salarié couvert. En cas d'ajout ou retrait d'un bénéficiaire, la date d'effet sera **au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant** la date de réception de la demande par l'institution.
Date d'effet⁽⁸⁾ : / / (Lorsque la demande concerne un nouveau-né, l'affiliation sera faite au jour de sa naissance).

Situation ⁽⁹⁾	Nom de naissance	Prénom	Sexe (H/F)	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale
			
			
			
			
			

SIGNATURE

Après avoir pris connaissance des informations figurant en page 2 relatives à la protection des données à caractère personnel, en cochant la case ci-dessous :

- J'autorise le groupe IRP AUTO à m'informer de l'ensemble de son offre de produits et services.

Concernant l'affiliation au contrat,
 J'autorise IRP AUTO à transmettre à la caisse primaire d'assurance maladie toute information me concernant (sauf refus exprès).
 Fait à, le

Signature du Salarié

(1) Cochez la case correspondante – (2) Dans l'entreprise ou la catégorie – (3) à (7) Voir page 3.
 (8) Date d'effet pour les changements de bénéficiaires.
 (9) Préciser : Conjoint(e), concubin(e), Partenaire Pacs ou Enfant à charge.

IMP PAR



GDR289P*/G2890Z*/DARS_01 2024

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

IRP AUTO Prévoyance-santé ou IRP AUTO MPA, en sa qualité de Responsable de traitements, collecte et traite des données à caractère personnel dans le cadre de la gestion et l'exécution du contrat, ainsi que le respect de ses obligations légales et réglementaires et pour son intérêt légitime.

Ces informations minimisées sont toutes indispensables à IRP AUTO pour le traitement de l'affiliation au contrat collectif. Elles seront conservées le temps nécessaire aux traitements assorti des durées de prescriptions obligatoires et ne sont soumises à aucune décision totalement automatisée. Les destinataires de ces données sont les personnels habilités par le responsable de traitement ainsi que notamment ses prestataires et sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs.

Les données sont majoritairement traitées au sein de l'Union Européenne et les éventuels traitements en dehors sont soumis aux clauses contractuelles types ou à une décision d'adéquation.

Conformément à la loi informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement général sur la protection des données n°2016-679 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de vos données à caractère personnel. Vous pouvez définir des directives post-mortem. Pour motifs légitimes, vous disposez d'un droit d'opposition et de limitation au traitement de vos données.

Vous pouvez enfin vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par courrier à Groupe IRP AUTO, À l'attention du Délégué à la Protection des Données - 39, avenue d'Iéna - CS 21687 - 75202 PARIS Cedex 16 ou par courriel à l'adresse dpd@irpauto.fr. Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez porter une réclamation auprès de la CNIL sur le site www.cnil.fr. Pour plus d'informations, consultez notre site internet, à la rubrique « Nos engagements ».

PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE PAR LE SALARIÉ INDISPENSABLES À L'ENREGISTREMENT DE L'AFFILIATION

- Pour le salarié et chacun des bénéficiaires : une photocopie de l'attestation établie par le régime d'assurance obligatoire de moins de 3 mois.
- Pour le paiement des prestations au salarié : un Relevé d'Identité Bancaire (RIB).
- Pour chaque enfant à charge, âgé de 21 ans à 28 ans, une pièce justifiant de sa situation (scolarisé, étudiant, apprenti, demandeur d'emploi sans indemnisation, invalide sans limite d'âge, ...)

IMPORTANT : Merci de joindre toutes les **pièces justificatives** avec **cette déclaration** à l'adresse indiquée au recto.

QUELQUES PRÉCISIONS

CAS DE DISPENSES À LA COUVERTURE SANTÉ

Les dispenses de droit (que l'acte de mise en place les ait prévues ou non) sont les suivantes :

1. Salariés employés avant la mise en place de la couverture complémentaire santé par décision unilatérale de l'employeur (DUE) financée pour partie par le salarié. Dès lors que le financement des garanties frais de santé est exclusivement patronal, le cas de dispense doit nécessairement être inséré dans la DUE.
Attention : *si vous avez mis en place un contrat RPCS (Régime conventionnel de base), vos salariés ne peuvent pas faire valoir cette dispense.*
2. Salariés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.
3. Salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel.
4. Salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale :
 - complémentaire santé collective et obligatoire conformément à l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale*,
 - régime complémentaire relevant de la CAMIEG (régime des industries électriques et gazières),
 - mutuelles des agents de l'Etat ou des collectivités territoriales issues des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n°2011-1474 du 8 novembre 2011,
 - contrats d'assurance groupe, dits Madelin.***Attention :** *Ce cas de dispense ne peut jouer que si l'inscription des ayants droit au contrat est obligatoire.*
5. Salariés avec employeurs multiples, dépendant ou non de la même convention collective : ces salariés ont la possibilité de s'affilier à la complémentaire santé de leur choix.
6. Salariés en CDD ou en contrat de mission dont la durée de couverture aux garanties du contrat santé est inférieure à 3 mois (non comprise la durée de portabilité des droits) s'ils justifient d'une couverture santé souscrite par ailleurs.

Sous condition d'être prévues par l'acte de mise en place du régime :

1. Salariés (dont apprentis) en CDD ou en contrat de mission dont le contrat de travail est inférieur à 12 mois.
2. Salariés (dont apprentis) en CDD ou en contrat de mission dont le contrat travail est supérieur à 12 mois s'ils justifient d'une couverture santé souscrite par ailleurs.
3. Salariés (dont apprentis) employés à temps partiel lorsque la cotisation salariale à la complémentaire santé représente au moins 10 % de leur rémunération brute.
4. Conjoints travaillant dans la même entreprise : les conjoints ont la faculté de s'affilier ensemble ou séparément,
5. Salariés qui bénéficient, y compris en tant qu'ayants droit, du régime local d'Alsace-Moselle.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

INFORMATIONS À COMPLÉTER PAR L'ENTREPRISE

À compléter par l'entreprise :

- **Cochez la case** correspondant à votre déclaration (affiliation, radiation, modification).
- Complétez le **n° de Sécurité sociale du salarié concerné**.
- **Complétez toutes les informations** en utilisant le tableau ci-dessous pour renseigner les codes (catégories, taux, sous-nature, etc.) :

Les codes à utiliser en page 1 :

(4) Catégorie professionnelle	
OUV Ouvrier	ET36 (*) Agent de Maîtrise
ETA Employé	CAD Cadre
(5) Sous catégorie professionnelle	
APT Apprenti	
(6) Sous-nature	
RTA Retraité en activité	ADA Contrat de professionnalisation
(7) Taux	% d'activité

(3) Motif de sortie	
DEM Démission	RET Retraite
DEP Départ	PRE Pré retraite
LIC Licenciement	PAR Congé parental
DC Décès du salarié	SSO Congé sans solde
CHC Changement de catégorie prof	FOR Congé formation
MUT Mutation	CNV Conventionnel
	AUT Autre

* ET36 (dans le cadre de la Convention Collective Nationale des Services de l'Automobile) : Catégorie ouverte à certaines entreprises permettant l'affiliation des employés, techniciens et agents de maîtrise dont la cote hiérarchique est au moins égale au seuil choisi par l'entreprise (échelon 17 à 25)

- **Si le salarié est concerné par une dispense d'affiliation**, cochez la case correspondant à cette situation et précisez la période.
- **Si le salarié n'a pas formulé expressément de demande de dispense**,
 - o Cochez la case correspondant à cette situation,
 - o **Indiquez la date d'effet de l'affiliation.**
- **Si le salarié adhère au contrat santé collectif de l'entreprise**, complétez la date d'effet et cochez le type de contrat.
- **Apposez le cachet** de l'entreprise, **datez** et **signez**.

INFORMATIONS À COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ

À faire compléter par le salarié **uniquement** s'il adhère au contrat santé :

- Renseignements relatifs aux personnes bénéficiaires assurées,
- Date et signature



