



Pour usage par le gestionnaire HCR

FORMULAIRE DE PRE-AFFILIATION - REGIME COLLECTIF FRAIS DE SANTE

Employeur

Nom de l'établissement :

N° de Siret :

Régime de base : ☐ Base ☐ Base + SURCO A ☐ Base + SURCO B ☐ Base + SURCO C

Structure de cotisations : ☐ Isolé ☐ Famille ☐ Isolé / famille

Statut professionnel : ☐ Cadre ☐ Non Cadre

Rattachement Sécurité Sociale : ☐ Régime général ☐ Régime local

Date d'embauche : Date d'effet des garanties :

Date de début de contrat de travail : Date de fin de contrat du contrat de travail* :

**Si salarié en CDI, laisser le champ vide*

Cachet de la société et signature

Votre salarié

N° de Sécurité sociale* :

Nom* : Prénom* :

Nom de Naissance : Date de Naissance* :

Adresse* :

Complément d'adresse* :

Code Postal : Ville :

 Adresse E-mail* :

L'adresse email est nécessaire à la création du parcours d'affiliation dématérialisé de votre salarié

Téléphone Mobile* :

Vous souhaitez simplifier vos démarches ?

Connectez vous à votre espace dédié au suivi de vos salariés <https://www.entreprise.hcrbienetre.fr> à l'aide de vos identifiants de connexion.

Rendez-vous dans la rubrique « pré-affilier un salarié » puis compléter ses informations afin de lui générer son bulletin d'affiliation (digital ou papier).

Vous souhaitez récupérer vos identifiants ?

Retrouvez l'information dans les documents communiqués par votre assureur.

