

Régime Frais de Santé (régime général)

Votre entreprise a mis en place un régime obligatoire
Frais de santé BASE
FAMILLE
Cotisation totale mensuelle : 92,30 €



À compléter par vos soins

→ INFORMATIONS RELATIVES AU SALARIÉ (à compléter en lettres capitales)

Nom : _____ Prénom _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Date d'entrée dans l'Entreprise | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | E-mail : _____ @ _____

Téléphone : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Nombre d'enfants à charge _____

Numéro de Sécurité sociale : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Date de naissance : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Situation de Famille : ☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf (ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Concubin(e) ☐ PACS

→ INFORMATIONS RELATIVES À VOTRE EMPLOYEUR

Raison sociale de l'Entreprise : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Numéro de contrat collectif _____ N° SIRET : | | | || | | || | | || | | | |

Niveau de couverture

➔ En complément des garanties souscrites par votre employeur, vous pouvez améliorer votre couverture et celle de votre famille en souscrivant à l'option confort.

La cotisation supplémentaire mensuelle correspondante est entièrement à votre charge et sera prélevée sur votre compte bancaire.

	OPTION CONFORT
Je choisis d'améliorer ma couverture et celle de ma famille en souscrivant ☐	+ 66.80 €

Identification des bénéficiaires

➤ POUR VOTRE AFFILIATION ET CELLE DE VOS AYANTS DROIT, MERCI DE COMPLÉTER LE TABLEAU CI-DESSOUS

NOM	PRÉNOM	SEXE (1)	N° SÉCURITÉ SOCIALE	DATE DE NAISSANCE	CODE SS (2)	TÉLÉTRANSMISSION NOÉMIE (3)
						☐ OUI ☐ NON
						☐ OUI ☐ NON
						☐ OUI ☐ NON
						☐ OUI ☐ NON
						☐ OUI ☐ NON
						☐ OUI ☐ NON

(1) M. (masculin) F. (féminin) (2) 1 : régime général, 2 : régime local, 3 : travailleur indépendant, 4 : régime agricole, 5 : autres (3) Indiquer oui ou non

➤ PIÈCES JUSTIFICATIVES

Tous	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale)
Adhérent	Copie du livret de famille, s'il y a des ayants droit. Relevé d'identité bancaire du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations. Les cotisations seront intégralement à votre charge et seront prélevées directement sur votre compte bancaire par la mutuelle, joindre l'autorisation de prélèvement SEPA.
Concubin / Partenaire de PACS	Justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture énergétique, d'un avis d'imposition + attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale)
Enfant mineur à charge	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) du salarié ou de son conjoint ou concubin, justifiant de la qualité d'ayant droit.
Enfant de moins de 21 ans sans activité professionnelle et ne poursuivant pas d'études	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) de l'enfant. Attestation sur l'honneur de ne pas exercer d'activité professionnelle.
Enfant âgé de moins de 28 ans :	
Etudiant	Certificat de scolarité ou carte d'étudiant.
En alternance	Contrat d'apprentissage ou de professionnalisation
Inscrit au Pôle Emploi.	Attestation d'inscription au Pôle Emploi
En contrat d'insertion professionnelle	Contrat de travail
Enfant en situation de handicap avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % .	Tout document justificatif (notification d'invalidité, attestation de versement de l'AES, AAH, AHH...).

Les informations recueillies sur ce bulletin font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre la gestion de votre adhésion. Les données « téléphone, e-mail » sont demandées à titre facultatif, l'ensemble des autres données étant indispensable au traitement de votre adhésion. Elles sont destinées à la mutuelle et aux organismes assureurs auprès desquels la mutuelle a souscrit un contrat collectif, ainsi qu'aux éventuels sous-traitants et prestataires impliqués dans la gestion du contrat et utilisées aux fins et selon les modalités de conservation et d'hébergement précisées à la notice d'information, de passation et de gestion (y compris commerciale) du contrat ainsi que pour garantir les obligations légales de la Mutuelle (lutte contre les fraudes, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme). Vos informations personnelles pourront être utilisées ultérieurement à des fins de prospection commerciale par courriers postaux et téléphone, sauf si vous vous y opposez en cochant les cases ci-contre. Par ailleurs, vous pouvez également à tout moment vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr). Conformément à la réglementation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de portabilité de vos données personnelles, et pouvez décider de leur sort après votre décès. Vous disposez en outre, pour des motifs légitimes d'un droit à la limitation des traitements, d'un droit au retrait de votre consentement, d'un droit à l'effacement et d'un droit d'opposition. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Responsable Protection des données – Data Protection Officer (DPO) – de l'une des Mutuelles de l'Alliance auprès de laquelle le contrat a été souscrit, dont les coordonnées vous sont communiquées ci-après. Vous devrez joindre à votre demande une copie de votre justificatif d'identité. En cas de réclamations relatives au traitement de vos données personnelles et à l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 (www.cnil.fr).

Pour Mutex-L'Alliance mutualiste, les coordonnées des Délégués à la Protection des Données (DPO) sont les suivantes :

- Harmonie Mutuelle : par mail à l'adresse dpo@harmonie-mutuelle.fr ou par courrier postal adressé à Harmonie Mutuelle Service DPO – 29 quai François Mitterrand – 44273 Nantes Cedex 2
- AESIO Mutuelle, par mail à l'adresse aesio.dpo@aesio.fr ou par courrier postal adressé à AESIO Mutuelle Délégué à la Protection des Données 4 rue du Général Foy 75008 PARIS
- OCIANE - Groupe MATMUT - par mail à l'adresse dpo@matmut.fr ou par courrier postal adressé à « Groupe MATMUT à l'attention du Délégué à la Protection des Données 66 rue de Sotteville - 76100 ROUEN »
- MUTEX – par mail à l'adresse dpo@mutex.fr ou par courrier postal adressé à « Délégué à la Protection des Données de Mutex », 140 avenue de la République, CS30007, 92327 Châtillon cedex

Fait à : _____ Le : _____

Signature du salarié

Cachet de l'entreprise



Le contrat est coassuré par Mutex, AESIO, Harmonie Mutuelle, Mutuelle Ociane et Malakoff Médéric Prévoyance, organismes présentés dans les Conditions générales et Notice d'information.