



# VOTRE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

## Formulaire de changement d'option

### Identification employeur

Établissement  N° de contrat   
Adresse   
N° SIRET

Date d'effet du changement de situation

### Identification - assuré

Statut  Cadre  Non Cadre (information obligatoire) N° Adhérent   
Strate  Fonction   
Nom  Prénom   
Date de naissance (JJMMAAAA)   
Adresse   
  
  
Code Postal  Commune  Pays   
Téléphone   
E-mail  @

### Niveau de couverture

Je soussigné(e)   
Déclare être affilié(e) au régime EEP Santé mis en place à titre obligatoire par mon employeur dans le cadre de l'accord collectif du 18 juin 2015 interbranches des établissements d'enseignement privés sous contrat.

Je souhaite modifier mes garanties au 1<sup>er</sup> janvier prochain et j'ai bien noté que ce choix est valable pour l'ensemble des ayants-droit que j'ai affilié à titre facultatif. Cochez les cases adaptées :

Veuillez indiquer votre situation actuelle :

Socle  Option 1  Option 2  Option 3

Je désire améliorer mes garanties

- Option 1
- Option 2
- Option 3

Actuellement bénéficiaire du socle, je choisis la couverture d'une option facultative moyennant le paiement de la cotisation supplémentaire à ma charge exclusive. Je joins à cet effet, le mandat SEPA complété et signé accompagné d'un RIB.

Je désire diminuer mes garanties

- Option 2
- Option 1
- Socle

J'ai bien noté que le passage à un niveau inférieur (de l'option 3 à l'option 2, de l'option 2 à l'option 1, de l'option 1 au socle) est possible sous réserve d'une durée minimale de cotisation de 2 ans dans l'option d'origine.

Fait à :

Le

#### CADRE RÉSERVÉ AU SALARIÉ

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »  
Je certifie complets et exacts les renseignements portés sur cette demande.

#### CADRE RÉSERVÉ À L'ENTREPRISE

Cachet et signature du représentant de l'entreprise  
Je certifie complets et exacts les renseignements portés sur cette demande.

## Informations légales

Conformément à la loi informatique et libertés, nous vous informons que les réponses à ces questions sont obligatoires pour la souscription de la garantie. Elles sont destinées à l'organisme ayant recueilli votre adhésion, ainsi qu'à Mutex, et, le cas échéant, à ses sous-traitants et prestataires pour la gestion et l'exécution de votre contrat. Elles pourront, sauf opposition de votre part, être communiquées à des organismes partenaires à des fins de prospection et vous pourrez ainsi recevoir leurs offres.

Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre

Les informations recueillies sur ce bulletin font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre la gestion de votre adhésion et l'affiliation de vos ayants droit. Les données « téléphone, téléphone portable, situation familiale, 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, ainsi que vos ayants droit, 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 – de la Mutuelle par mail à l'adresse [dpo@mutex.fr](mailto:dpo@mutex.fr) ou par courrier postal adressé à « MUTEX – Service DPO – 140 avenue de la République – CS 30007 - 92327 Châtillon cedex, en joignant 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](http://www.cnil.fr)).

Par ailleurs, la gestion de votre contrat implique la collecte de données de santé vous concernant.

Si vous l'acceptez, merci de cocher la case ci-contre

#### Adresse de retour du bulletin :

Code Postal  Commune  Pays