

Ayants droit à affilier (indiquez seulement les personnes que vous souhaitez inscrire sur votre contrat)

ENFANT(S) A CHARGE

Nom Prénom
N° Sécurité sociale Lien de parenté ⁽¹⁾ Code Sécurité sociale ⁽²⁾
Liaison Noémie Oui Non Date de naissance [JJMMAAAA]

Nom Prénom
N° Sécurité sociale Lien de parenté ⁽¹⁾ Code Sécurité sociale ⁽²⁾
Liaison Noémie Oui Non Date de naissance [JJMMAAAA]

Nom Prénom
N° Sécurité sociale Lien de parenté ⁽¹⁾ Code Sécurité sociale ⁽²⁾
Liaison Noémie Oui Non Date de naissance [JJMMAAAA]

Nom Prénom
N° Sécurité sociale Lien de parenté ⁽¹⁾ Code Sécurité sociale ⁽²⁾
Liaison Noémie Oui Non Date de naissance [JJMMAAAA]

Nom Prénom
N° Sécurité sociale Lien de parenté ⁽¹⁾ Code Sécurité sociale ⁽²⁾
Liaison Noémie Oui Non Date de naissance [JJMMAAAA]

Pour les familles de plus de 4 enfants, vous pouvez compléter un autre bulletin que vous joindrez.

(1) : le n° de Sécurité sociale à indiquer pour les ayants droit est le n° de Sécurité sociale auquel ils sont rattachés pour mettre en place les échanges de données informatisés avec la Sécurité sociale (pour un enfant, il peut être celui de la mère ou du père).

(2) Code SS - 1 : Régime Général - 2 : Régime Local - 3 : Régime Agricole - 4 : Travailleur indépendant - autre

Bénéficiaires d'une autre complémentaire santé : non oui, Si oui, souhaitez bénéficier de la télétransmission et du tiers payant avec la mutuelle : non oui
(si la réponse est oui, la télétransmission avec l'autre complémentaire santé sera annulée)

Pièces à joindre obligatoirement

Avant de transmettre le bulletin d'affiliation à votre service Ressources Humaines, dûment rempli et signé, **MERCI DE JOINDRE :**

- La copie de votre attestation d'affiliation de Sécurité sociale (et non votre carte Vitale) et celles de vos ayants droit. Vous pouvez la télécharger sur www.ameli.fr ou sur les bornes de service des centres de Sécurité sociale.
- Un RIB/IBAN pour les remboursements.
- Concubin(e) / PACSé(e) : le certificat de concubinage délivré par la mairie ou à défaut un justificatif de domicile commun / copie du PACS.
- Enfant(s) de plus de 18 ans : le certificat de scolarité ou un justificatif de situation.
- Le mandat SEPA complété et signé + un RIB pour le paiement des cotisations

Informations légales

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 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 Fontenay - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07 (www.cnil.fr).

Formalités

Je ne souhaite pas recevoir de message par courrier électronique de la part de la Mutuelle sur mon adresse E-mail.

Je reconnais avoir reçu le descriptif des garanties du régime et atteste de l'exactitude des renseignements contenus dans ce document et m'engage à en signaler toute modification.

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document et m'engage à en signaler toute modification.

J'accepte que mon adhésion auprès de MUTEX prenne effet à la date d'effet de l'adhésion indiquée sur le présent bulletin et je reconnais avoir été informé du montant des cotisations dues.

J'autorise la mutuelle gestionnaire à prélever sur mon compte bancaire le montant des cotisations et je remplis et signe le mandat de prélèvement.

Fait à :

Le

CADRE RÉSERVÉ AU SALARIÉ

CADRE RÉSERVÉ À L'ENTREPRISE

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

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