

4 Identification des bénéficiaires

A compléter si le régime obligatoire couvre les membres de votre famille ou si vous avez souscrit à l'option « AFFILIER MES AYANTS DROIT »

| NOM | PRENOM | LIEN DE PARENTÉ (1) | N° SECURITE SOCIALE | DATE DE NAISSANCE | CODE SS (2) | TELETRANSMISSION NOEMIE OUI / NON |
|-----|--------|------------------------|---------------------|-------------------|-------------|-----------------------------------|
| | | | ----- | | | |
| | | | ----- | | | |
| | | | ----- | | | |
| | | | ----- | | | |
| | | | ----- | | | |
| | | | ----- | | | |
| | | | ----- | | | |

(1) Lien de parenté – **C** : conjoint ou « assimilé » - **E** : enfant à charge de l'adhérent ou de son conjoint- **A** : Ascendant

(2) Code SS : **1** : Régime Général hors MSA - **2** : Régime Général MSA – **3** : Régime Alsace Moselle hors MSA - **4** : Régime Alsace Moselle MSA- **5** : autre, précisez

5 PIECES JUSTIFICATIVES à joindre à votre demande d'affiliation

| QUALITÉ DU BÉNÉFICIAIRE | PIECES JUSTIFICATIVES (COPIES) |
|--|--|
| Tous | - Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (vitale) |
| Salarié | - Livret de famille, s'il y a des ayants droit non à charge au sens de la Sécurité sociale, - Relevé d'Identité Bancaire du compte sur lequel vous désirez percevoir les prestations. - Pour les options facultatives individuelles : une autorisation de prélèvement SEPA. |
| Concubin, Partenaire de PACS | - Justificatif de vie commune (quittance loyer, facture EDF, etc.) ou convention de PACS |
| Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale | - Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (vitale) du salarié ou de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS 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. |
| Enfant âgé de moins de 28 ans : | |
| • Etudiant inscrit à la Sécurité Sociale étudiante | - 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 de l'invalidité, attestation versement de l'AES, AAH, AHH...) |
| Ascendant | - Avis imposition |

La mutuelle se réserve par ailleurs le droit de réclamer toute autre pièce justificative complémentaire. Un justificatif vous sera demandé chaque année avant l'édition des cartes de tiers payant pour les enfants âgés entre 16 et 28 ans.

6 FORMALITÉS

J'atteste l'exactitude des données personnelles fournies et m'engage à déclarer, dès sa survenance, toute modification ultérieure de ma situation administrative ou familiale.

Je reconnais avoir pris connaissance de l'annexe « cotisations » jointe au présent bulletin.

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 :

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition concernant vos données personnelles ainsi que d'un droit de définir des directives relatives au sort de ces données après le décès. Vous pouvez exercer ces droits par courrier en envoyant votre demande accompagnée d'une copie d'un titre d'identité, auprès du correspondant Informatique et Libertés de Mutex - 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex ainsi qu'auprès de l'organisme ayant recueilli votre adhésion. Vos données personnelles sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales. Tout consommateur qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique. 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

Je m'oppose à recevoir vos offres commerciales

Fait à : _____ Le :

Signature du salarié

Le contrat est coassuré par Mutex, Adréa Mutuelle, Apréva, Eovi MCD Mutuelle, Harmonie Mutuelle, Mutuelle Ociane, organismes présentés dans la notice d'information. Les mutuelles coassureurs sont représentées par Mutex, qu'elles ont mandatée à cet effet en qualité d'apériteur.

Autorité de Contrôle : A.C.P.R. 61 rue Taitbout - 75009 PARIS



Société anonyme au capital de 37 302 300 euros.
Entreprise régie par le Code des assurances –
RCS Nanterre 529 219 040
Siège social : 125, avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex

