

## Régime Frais de santé

AFFILIATION 

## MODIFICATION

Modification administrative Ajout / radiation d’ayant(s) droit Changement d’option 

Veillez à compléter le présent bulletin et à le remettre à votre employeur avec l’ensemble des pièces justificatives indiquées en dernière page.

## 1 A RENSEIGNER PAR L’EMPLOYEUR

Raison sociale de l’entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse du siège social : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

SIRET :        

## RÉGIME OBLIGATOIRE SOUSCRIT

Je soussigné(e), Mme / M \_\_\_\_\_ agissant en qualité de \_\_\_\_\_ ,  
ayant pouvoir pour engager l’entreprise, certifie avoir souscrit pour l’ensemble de mon personnel, le régime  
suivant :

- BENEFICIAIRES :  Couverture obligatoire du **SEUL SALARIÉ**  
 Couverture obligatoire du **SALARIÉ ET DE SES AYANTS DROIT**
- NIVEAU DE GARANTIES :  NIVEAU A  NIVEAU B  NIVEAU C

Date d’effet de la présente affiliation :     Fait à : \_\_\_\_\_ Le :     

Signature du représentant légal de l’entreprise :

Cachet de l’entreprise

## 2 A RENSEIGNER PAR LE SALARIÉ

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Date de naissance       Numéro de Sécurité sociale :          Situation de famille :  Marié(e), Pacsé(e) ou en concubinage  Célibataire, Veuf (ve), Divorcé(e)

Nombre d’enfants à charge : \_\_\_\_\_

Télétransmission Noémie : Souhaitez-vous la télétransmission automatique de vos décomptes entre votre CPAM  
(Caisse Primaire d’assurance Maladie) et votre Mutuelle  Oui  Non

### 3 GARANTIES SUR-COMPLÉMENTAIRES : OPTIONS CHOISIES PAR LE SALARIÉ

En fonction du régime obligatoire souscrit par votre entreprise, et en complément de celui-ci, vous pouvez souscrire, à titre individuel et facultatif, des garanties sur-complémentaires afin d'améliorer vos garanties et/ou en faire bénéficier vos ayants droit.

La cotisation supplémentaire mensuelle correspondante sera entièrement à votre charge. Elle sera prélevée mensuellement d'avance par la mutuelle sur votre compte bancaire.

**Le régime souscrit par votre employeur figure en première page (« REGIME OBLIGATOIRE SOUSCRIT »).**

- Si le régime obligatoire ne couvre que le « Salariné seul », vous pouvez l'étendre à vos ayants droit :

Je souhaite **AFFILIER MES AYANTS DROIT**

- Si le régime obligatoire couvre le niveau A, vous pouvez améliorer votre couverture en souscrivant au niveau B **ou** au niveau C ;
- Si le régime obligatoire couvre le niveau B, vous pouvez améliorer votre couverture en souscrivant au niveau C ;

Ce choix vaut pour vous-même et, le cas échéant, pour vos ayants droit (un seul et même niveau de couverture par famille).

Je souhaite **AMÉLIORER MES GARANTIES** en souscrivant au :

**NIVEAU B**

**NIVEAU C**

Je ne souhaite pas souscrire de garanties sur-complémentaires

### 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 <sup>(1)</sup>	N° SECURITE SOCIALE	DATE DE NAISSANCE	CODE SS <sup>(2)</sup>	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 PIÈCES JUSTIFICATIVES à joindre à votre demande d'affiliation

QUALITÉ DU BÉNÉFICIAIRE	PIÈCES JUSTIFICATIVES (COPIES)
Tous	<b>Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (vitale)</b>
Salarié	- Livret de famille, s'il y a des ayants droit non à charge au sens de la Sécurité sociale, - <b>Relevé d'Identité Bancaire du compte</b> 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 <b>21 ans</b> 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 <b>28 ans</b> :	
• étudiant	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 fiscalement à charge	Justificatif fiscal

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.

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'apôtreur.

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

MUTEX - l'alliance mutualiste

