

BULLETIN INDIVIDUEL DU SALARIÉ
Régime Frais de santé

Affiliation

Modification

Modifications administratives

Ajouts ou radiations d'ayant(s)-droit

Changement de garanties

1 INFORMATIONS (À COMPLÉTER EN LETTRES CAPITALES)

Informations relatives au salarié

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Date d'entrée dans l'association : E-mail : @

Téléphone : Nombre d'enfants à charge :

N° 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'association :

Adresse :

Code postal : Ville :

Numéro de contrat collectif : SIRET :

2 NIVEAU DE COUVERTURE A TITRE FACULTATIF

- Vous avez la possibilité de faire adhérer au régime conventionnel votre conjoint/concubin/pacsé en contrepartie du paiement d'une cotisation additionnelle, détaillée ci-dessous :

Je choisis d'étendre ma couverture : Conjoint

	Cotisation mensuelle Régimes général	Cotisation mensuelle Régimes local
Régime de base	1,76% PMSS	1,23% PMSS
Option 1	+ 0,27% PMSS	+ 0,27% PMSS

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale. Valeur fixée par décret au 01/01 de chaque année (www.pmss.fr)

- La cotisation supplémentaire mensuelle correspondante est à votre charge exclusive et sera précomptée sur votre salaire par votre employeur.

3 IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES ET PIÈCES JUSTIFICATIVES

Pour votre affiliation et celle de vos ayants droit, merci de compléter le tableau ci-dessous :

NOM	Prénom	Sexe (1)	N° Sécurité sociale	Date naissance	Code S.S (2)	Connexion NOEMIE(3)	
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

(1) M = masculin, F = féminin, A = autre (2) 1 = régime général, 2 = régime local, 3 = travailleur indépendant, 4 = régime agricole, 5 = autre (3) Indiquer "oui" ou "non"

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Adhérent	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale. Relevé IBAN du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations.
Conjoint	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Concubin	Photocopie d'un justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture énergétique, d'un avis d'imposition... Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Partenaire de PACS	Photocopie du pacte civil de Solidarité ou attestation d'inscription au Registre du greffe du Tribunal Judiciaire. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale du salarié ou de son conjoint ou concubin justifiant de la qualité d'ayant droit.
Enfant de moins de 28 ans, étudiant	Photocopie du certificat de scolarité ou copie de la carte étudiant de l'année en cours. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Enfant de moins de 28 ans en contrat d'apprentissage ou formation en alternance	Photocopie du contrat d'apprentissage ou de formation en alternance. Photocopie du dernier bulletin de salaire. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Enfant de moins de 28 ans à la recherche d'un 1 ^{er} emploi, et inscrit à Pôle emploi.	Photocopie du contrat de scolarité de la dernière année d'étude. Photocopie de l'attestation d'inscription à Pôle Emploi. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Enfant atteint d'une infirmité l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon la réglementation Ss)	Photocopie de la notification d'invalidité ou décision de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées).

4 FORMALITÉS

Fait à ____ / ____ / _____

le

Signature du salarié :

Cachet de l'association

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 indispensables 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 utilisés 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 ou par 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 devez 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).

- 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 »
- ADREA Mutuelle - Groupe AESIO par mail à l'adresse adrea.dpo@adreamutuelle.fr ou par courrier postal adressé à « ADREA Mutuelle - Groupe AESIO » - Délégué à la Protection des Données - 25 Place de la Madeleine - 75008 PARIS
- APREVA Mutuelle - Groupe AESIO par mail à l'adresse apreva.dpo@apreva.fr ou par courrier postal adressé à « APREVA Mutuelle - Groupe AESIO » - Délégué à la Protection des Données - 25 Place de la Madeleine - 75008 PARIS
- EOVI Mcd Mutuelle - Groupe AESIO par mail à l'adresse eovi-mcd.dpo@eovi-mcd.fr ou par courrier postal adressé à « EOVI Mcd Mutuelle - Groupe AESIO » - Délégué à la Protection des Données - 25 Place de la Madeleine - 75008 PARIS
- CHORUM - par mail à l'adresse dpo@chorum.fr ou par courrier postal adressé à « Service DPO - 4 rue Cambetta - 92240 MALAKOFF
- OCIAINE - 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 »

5 À RETOURNER À :

Le contrat est coassuré par la Mutuelle Chorum, Adréa Mutuelle, Apréva, Eovi-MCD Mutuelle, Harmonie Mutuelle, Mutuelle Ociane, Malakoff Médéric Humanis organismes présentés dans les conditions générales et la notice d'information.

ADREA MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°311 799 878,
Siège social : 25 place de la Madeleine - 75008 Paris

3 IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES ET PIÈCES JUSTIFICATIVES

Pour votre affiliation et celle de vos ayants droit, merci de compléter le tableau ci-dessous :

NOM	Prénom	Sexe (1)	N° Sécurité sociale	Date naissance	Code S.S (2)	Connexion NOEMIE(3)	
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

(1) M = masculin, F = féminin, A = autre (2) 1 = régime général, 2 = régime local, 3 = travailleur indépendant, 4 = régime agricole, 5 = autre (3) Indiquer "oui" ou "non"

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Adhérent	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale. Relevé IBAN du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations.
Conjoint	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Concubin	Photocopie d'un justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture énergétique, d'un avis d'imposition... Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Partenaire de PACS	Photocopie du pacte civil de Solidarité ou attestation d'inscription au Registre du greffe du Tribunal Judiciaire. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale du salarié ou de son conjoint ou concubin justifiant de la qualité d'ayant droit.
Enfant de moins de 28 ans, étudiant	Photocopie du certificat de scolarité ou copie de la carte étudiant de l'année en cours. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Enfant de moins de 28 ans en contrat d'apprentissage ou formation en alternance	Photocopie du contrat d'apprentissage ou de formation en alternance. Photocopie du dernier bulletin de salaire. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Enfant de moins de 28 ans à la recherche d'un 1 ^{er} emploi, et inscrit à Pôle emploi.	Photocopie du contrat de scolarité de la dernière année d'étude. Photocopie de l'attestation d'inscription à Pôle Emploi. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Enfant atteint d'une infirmité l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon la réglementation Ss)	Photocopie de la notification d'invalidité ou décision de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées).

4 FORMALITÉS

Fait à ____ / ____ / _____

le

Signature du salarié :

Cachet de l'association

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 indispensables 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 utilisés 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 devez 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).

- 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 »
- ADREA Mutuelle - Groupe AESIO par mail à l'adresse adrea.dpo@adreamutuelle.fr ou par courrier postal adressé à « ADREA Mutuelle - Groupe AESIO » - Délégué à la Protection des Données - 25 Place de la Madeleine - 75008 PARIS
- APREVA Mutuelle - Groupe AESIO par mail à l'adresse apreva.dpo@apreva.fr ou par courrier postal adressé à « APREVA Mutuelle - Groupe AESIO » - Délégué à la Protection des Données - 25 Place de la Madeleine - 75008 PARIS
- EOVI Mcd Mutuelle - Groupe AESIO par mail à l'adresse eovi-mcd.dpo@eovi-mcd.fr ou par courrier postal adressé à « EOVI Mcd Mutuelle - Groupe AESIO » - Délégué à la Protection des Données - 25 Place de la Madeleine - 75008 PARIS
- CHORUM - par mail à l'adresse dpo@chorum.fr ou par courrier postal adressé à « Service DPO - 4 rue Cambetta - 92240 MALAKOFF
- OCIAINE - 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 »

5 À RETOURNER À :

Le contrat est coassuré par la Mutuelle Chorum, Adréa Mutuelle, Apréva, Eovi-MCD Mutuelle, Harmonie Mutuelle, Mutuelle Ociane, Malakoff Médéric Humanis organismes présentés dans les conditions générales et la notice d'information.

APREVA

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 627 391
Siège social : 30, avenue Denis Cordonnier - 59 000 Lille

3 IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES ET PIÈCES JUSTIFICATIVES

Pour votre affiliation et celle de vos ayants droit, merci de compléter le tableau ci-dessous :

NOM	Prénom	Sexe (1)	N° Sécurité sociale	Date naissance	Code S.S (2)	Connexion NOEMIE(3)	
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

(1) M = masculin, F = féminin, A = autre (2) 1 = régime général, 2 = régime local, 3 = travailleur indépendant, 4 = régime agricole, 5 = autre (3) Indiquer "oui" ou "non"

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Adhérent	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale. Relevé IBAN du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations.
Conjoint	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Concubin	Photocopie d'un justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture énergétique, d'un avis d'imposition... Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Partenaire de PACS	Photocopie du pacte civil de Solidarité ou attestation d'inscription au Registre du greffe du Tribunal Judiciaire. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale du salarié ou de son conjoint ou concubin justifiant de la qualité d'ayant droit.
Enfant de moins de 28 ans, étudiant	Photocopie du certificat de scolarité ou copie de la carte étudiant de l'année en cours. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Enfant de moins de 28 ans en contrat d'apprentissage ou formation en alternance	Photocopie du contrat d'apprentissage ou de formation en alternance. Photocopie du dernier bulletin de salaire. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Enfant de moins de 28 ans à la recherche d'un 1 ^{er} emploi, et inscrit à Pôle emploi.	Photocopie du contrat de scolarité de la dernière année d'étude. Photocopie de l'attestation d'inscription à Pôle Emploi. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Enfant atteint d'une infirmité l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon la réglementation Ss)	Photocopie de la notification d'invalidité ou décision de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées).

4 FORMALITÉS

Fait à ____ / ____ / _____

le

Signature du salarié :

Cachet de l'association

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 utilisés 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 ou par 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 devez 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).

- 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 »
- ADREA Mutuelle - Groupe AESIO par mail à l'adresse adrea.dpo@adreamutuelle.fr ou par courrier postal adressé à « ADREA Mutuelle - Groupe AESIO » - Délégué à la Protection des Données - 25 Place de la Madeleine - 75008 PARIS
- APREVA Mutuelle - Groupe AESIO par mail à l'adresse apreva.dpo@apreva.fr ou par courrier postal adressé à « APREVA Mutuelle - Groupe AESIO » - Délégué à la Protection des Données - 25 Place de la Madeleine - 75008 PARIS
- EOVI Mcd Mutuelle - Groupe AESIO par mail à l'adresse eovi-mcd.dpo@eovi-mcd.fr ou par courrier postal adressé à « EOVI Mcd Mutuelle - Groupe AESIO » - Délégué à la Protection des Données - 25 Place de la Madeleine - 75008 PARIS
- CHORUM - par mail à l'adresse dpo@chorum.fr ou par courrier postal adressé à « Service DPO - 4 rue Cambetta - 92240 MALAKOFF »
- OCIAINE - 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 »

5 À RETOURNER À :

Le contrat est coassuré par la Mutuelle Chorum, Adréa Mutuelle, Apréva, Eovi-MCD Mutuelle, Harmonie Mutuelle, Mutuelle Ociane, Malakoff Médéric Humanis organismes présentés dans les conditions générales et la notice d'information.

EOVI-MCD Mutuelle

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité,
Immatriculée au répertoire Siren sous le numéro 317 442 176 Siège Social :
173 rue de Bercy - CS 31802 - 75584 PARIS Cedex 12

3 IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES ET PIÈCES JUSTIFICATIVES

Pour votre affiliation et celle de vos ayants droit, merci de compléter le tableau ci-dessous :

NOM	Prénom	Sexe (1)	N° Sécurité sociale	Date naissance	Code S.S (2)	Connexion NOEMIE(3)	
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

(1) M = masculin, F = féminin, A = autre (2) 1 = régime général, 2 = régime local, 3 = travailleur indépendant, 4 = régime agricole, 5 = autre (3) Indiquer "oui" ou "non"

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Adhérent	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale. Relevé IBAN du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations.
Conjoint	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Concubin	Photocopie d'un justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture énergétique, d'un avis d'imposition... Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Partenaire de PACS	Photocopie du pacte civil de Solidarité ou attestation d'inscription au Registre du greffe du Tribunal Judiciaire. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale du salarié ou de son conjoint ou concubin justifiant de la qualité d'ayant droit.
Enfant de moins de 28 ans, étudiant	Photocopie du certificat de scolarité ou copie de la carte étudiant de l'année en cours. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Enfant de moins de 28 ans en contrat d'apprentissage ou formation en alternance	Photocopie du contrat d'apprentissage ou de formation en alternance. Photocopie du dernier bulletin de salaire. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Enfant de moins de 28 ans à la recherche d'un 1 ^{er} emploi, et inscrit à Pôle emploi.	Photocopie du contrat de scolarité de la dernière année d'étude. Photocopie de l'attestation d'inscription à Pôle Emploi. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Enfant atteint d'une infirmité l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon la réglementation Ss)	Photocopie de la notification d'invalidité ou décision de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées).

4 FORMALITÉS

Fait à ____ / ____ / _____

le

Signature du salarié :

Cachet de l'association

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 utilisés 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 ou par téléphone. 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 devez 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).

- 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 »
- ADREA Mutuelle - Groupe AESIO par mail à l'adresse adrea.dpo@adreamutuelle.fr ou par courrier postal adressé à « ADREA Mutuelle - Groupe AESIO » - Délégué à la Protection des Données - 25 Place de la Madeleine - 75008 PARIS
- APREVA Mutuelle - Groupe AESIO par mail à l'adresse apreva.dpo@apreva.fr ou par courrier postal adressé à « APREVA Mutuelle - Groupe AESIO » - Délégué à la Protection des Données - 25 Place de la Madeleine - 75008 PARIS
- EOVI Mcd Mutuelle - Groupe AESIO par mail à l'adresse eovi-mcd.dpo@eovi-mcd.fr ou par courrier postal adressé à « EOVI Mcd Mutuelle - Groupe AESIO » - Délégué à la Protection des Données - 25 Place de la Madeleine - 75008 PARIS
- CHORUM - par mail à l'adresse dpo@chorum.fr ou par courrier postal adressé à « Service DPO - 4 rue Cambetta - 92240 MALAKOFF »
- OCIAINE - 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 »

5 À RETOURNER À :

Le contrat est coassuré par la Mutuelle Chorum, Adréa Mutuelle, Apréva, Eovi-MCD Mutuelle, Harmonie Mutuelle, Mutuelle Ociane, Malakoff Médéric Humanis organismes présentés dans les conditions générales et la notice d'information.

HARMONIE Mutuelle

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473. Numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris

3 IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES ET PIÈCES JUSTIFICATIVES

Pour votre affiliation et celle de vos ayants droit, merci de compléter le tableau ci-dessous :

NOM	Prénom	Sexe (1)	N° Sécurité sociale	Date naissance	Code S.S (2)	Connexion NOEMIE(3)	
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

(1) M = masculin, F = féminin, A = autre (2) 1 = régime général, 2 = régime local, 3 = travailleur indépendant, 4 = régime agricole, 5 = autre (3) Indiquer "oui" ou "non"

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Adhérent	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale. Relevé IBAN du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations.
Conjoint	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Concubin	Photocopie d'un justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture énergétique, d'un avis d'imposition... Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Partenaire de PACS	Photocopie du pacte civil de Solidarité ou attestation d'inscription au Registre du greffe du Tribunal Judiciaire. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale du salarié ou de son conjoint ou concubin justifiant de la qualité d'ayant droit.
Enfant de moins de 28 ans, étudiant	Photocopie du certificat de scolarité ou copie de la carte étudiant de l'année en cours. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Enfant de moins de 28 ans en contrat d'apprentissage ou formation en alternance	Photocopie du contrat d'apprentissage ou de formation en alternance. Photocopie du dernier bulletin de salaire. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Enfant de moins de 28 ans à la recherche d'un 1 ^{er} emploi, et inscrit à Pôle emploi.	Photocopie du contrat de scolarité de la dernière année d'étude. Photocopie de l'attestation d'inscription à Pôle Emploi. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Enfant atteint d'une infirmité l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon la réglementation Ss)	Photocopie de la notification d'invalidité ou décision de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées).

4 FORMALITÉS

Fait à ____ / ____ / _____

le

Signature du salarié :

Cachet de l'association

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 indispensables 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 utilisés 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 ou par 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 devez 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).

- 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 »
- ADREA Mutuelle - Groupe AESIO par mail à l'adresse adrea.dpo@adreamutuelle.fr ou par courrier postal adressé à « ADREA Mutuelle - Groupe AESIO » - Délégué à la Protection des Données - 25 Place de la Madeleine - 75008 PARIS
- APREVA Mutuelle - Groupe AESIO par mail à l'adresse apreva.dpo@apreva.fr ou par courrier postal adressé à « APREVA Mutuelle - Groupe AESIO » - Délégué à la Protection des Données - 25 Place de la Madeleine - 75008 PARIS
- EOVI Mcd Mutuelle - Groupe AESIO par mail à l'adresse eovi-mcd.dpo@eovi-mcd.fr ou par courrier postal adressé à « EOVI Mcd Mutuelle - Groupe AESIO » - Délégué à la Protection des Données - 25 Place de la Madeleine - 75008 PARIS
- CHORUM - par mail à l'adresse dpo@chorum.fr ou par courrier postal adressé à « Service DPO - 4 rue Cambetta - 92240 MALAKOFF »
- OCIAINE - 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 »

5 À RETOURNER À :

Le contrat est coassuré par la Mutuelle Chorum, Adréa Mutuelle, Apréva, Eovi-MCD Mutuelle, Harmonie Mutuelle, Mutuelle Ociane, Malakoff Médéric Humanis organismes présentés dans les conditions générales et la notice d'information.

OCIAINE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°434 243 085, Siège social : 35 rue Claude Bonnier – 33054 BORDEAUX Cedex