

# RÉGIME CONVENTIONNEL et SURCOMPLÉMENTAIRE 1 FRAIS DE SANTÉ OBLIGATOIRE

## Bulletin individuel d'affiliation du salarié

- AFFILIATION  
 MODIFICATION :  Modifications administratives  Ajouts ou radiations d'ayant(s) droit  Changement d'option  
DATE D'EFFET SOUHAITÉE

➔ VEUILLEZ À COMPLÉTER LE PRÉSENT BULLETIN ET À L'ADRESSER À VOTRE MUTUELLE  
AVEC L'ENSEMBLE DES **PIÈCES JUSTIFICATIVES** INDIQUÉES EN ANNEXE.



### Identification employeur

Raison sociale de l'entreprise : \_\_\_\_\_  
N° SIREN :                       
Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Identification du salarié

Nom : \_\_\_\_\_  
Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Date d'entrée dans l'entreprise :       Date d'effet de l'adhésion :        
Catégorie de rattachement :  Cadres.  Non cadres.  
 Cocher cette case, si le salarié est en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation  
et préciser ci-après la date de fin dudit contrat        
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
E-mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ Téléphone :                       
Date de naissance :                        
Télétransmission Noémie : Souhaitez-vous la télétransmission automatique de vos décomptes entre votre CPAM  
(Caisse Primaire d'assurance Maladie) et votre Mutuelle  OUI  NON

## Garanties et taux de cotisations

Votre entreprise a souscrit le **régime conventionnel et surcomplémentaire 1**.

➤ **Je choisis d'affilier à titre facultatif moyennant une cotisation supplémentaire à ma charge exclusive :**

Mon conjoint (ou concubin ou pacsé)  mes enfant(s) à charge au sens de la SS Nombre : /\_/\_/\_

➤ En complément, je choisis d'améliorer mes **garanties en souscrivant au régime surcomplémentaire 2** à titre facultatif moyennant **une cotisation supplémentaire à ma charge exclusive pour :**

Moi  Mon conjoint (ou concubin ou pacsé)  mes enfant(s) à charge au sens de la SS Nombre : /\_/\_/\_

| En % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (2) | Régime Conventionnel Régime général | Régime Conventionnel Régime Alsace-Moselle | Régime surcomplémentaire 1 Adhésion obligatoire du salarié Régime général et Alsace-Moselle | Régime surcomplémentaire 2 Adhésion facultative du salarié Régime général et Alsace-Moselle |
|--|-------------------------------------|--|---|---|
| Salarié obligatoire                                | 1,21 %                              | 0,80 %                                     | + 0,31 %  | <input type="checkbox"/> + 0,63 %   |
| Conjoint facultatif                                | <input type="checkbox"/> + 1,36 %   | <input type="checkbox"/> + 0,90 %          | <input type="checkbox"/> + 0,35 %   | <input type="checkbox"/> + 0,71 %   |
| Enfant facultatif (1)                              | <input type="checkbox"/> + 0,70 %   | <input type="checkbox"/> + 0,43 %          | <input type="checkbox"/> + 0,17 %   | <input type="checkbox"/> + 0,32 %   |

(1) Gratuité à compter du 3<sup>e</sup> enfant - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - consultable notamment sur le site de la Sécurité sociale [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

J'ai noté que mes ayants droit doivent bénéficier des mêmes garanties que moi-même.

## Identification des bénéficiaires

➤ **À COMPLÉTER LE CAS ÉCHÉANT, SI VOS AYANTS DROIT ÉTAIENT PRÉCÉDEMMENT ASSURÉS AU TITRE DU RÉGIME DES ACTIFS, ET QUE VOUS SOUHAITEZ MAINTENIR LEUR COUVERTURE.**

| NOM | PRÉNOM | LIEN DE PARENTE <sup>(2)</sup> | NUMÉRO SÉCURITÉ SOCIALE | DATE DE NAISSANCE | CODE SS <sup>(3)</sup> | TÉLÉTRANSMISSION NOÉMIE                                   |
|-----|--------|--------------------------------|-------------------------|-------------------|------------------------|---|
|     |        |                                |                         |                   |                        | <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 |

(2) Lien de parenté – C : conjoint ou « assimilé » - E : enfant à charge de l'adhérent ou de son conjoint - (3) Code SS – 1 : Régime Général - 2 : Régime Local - 3 : Travailleur indépendant - 4 : autre

## Formalités

Je reconnais avoir reçu le descriptif des garanties du régime.

J'accepte que mon adhésion prenne effet à la date d'effet de l'adhésion indiquée sur le présent bulletin et je reconnais avoir été informé du mon-

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 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 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](http://www.cnil.fr)).

- Harmonie Mutuelle : par mail à l'adresse [dpo@harmonie-mutuelle.fr](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:dpo@chorum.fr) ou par courrier postal adressé à « Service DPO - 4 rue Gambetta - 92240 MALAKOFF
- OCIANE - Groupe MATMUT - par mail à l'adresse [dpo@matmut.fr](mailto: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 »

Signature du salarié

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Bulletin à retourner à :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Le contrat est coassuré par Mutex, Adréa Mutuelle, Apréva, Eovi-Mcd Mutuelle, Harmonie Mutuelle, Mutuelle Ociane et Matmut Santé Prévoyance, organismes présentés dans les Conditions Générales et la notice d'information. Les organismes coassureurs sont représentés par Mutex, qu'ils ont mandaté à cet effet en qualité d'apporteur et de coordinateur. MUTEX, Société Anonyme au capital de 37 302 300 euros - Enregistrée au RCS NANTERRE sous le n° 529 219 040 Entreprise régie par le Code des Assurances Siège social : 125, avenue de Paris - 92327 CHATILLON Cedex.

# RÉGIME CONVENTIONNEL et SURCOMPLÉMENTAIRE 1 FRAIS DE SANTÉ OBLIGATOIRE

Annexe au bulletin individuel d'affiliation du salarié



## PIÈCES JUSTIFICATIVES à joindre à votre demande d'adhésion

### Salarié, conjoint, enfant à charge de - 21 ans

- 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 l'option facultative individuelle : une autorisation de prélèvement SEPA.

### Concubin, partenaire de PACS

- Justificatif de vie commune (quittance de loyer, facture EDF, etc.) ou convention de PACS

### Enfant âgé de moins de 28 ans :

- étudiant
- en alternance
- à la recherche d'un 1<sup>er</sup> emploi inscrit à Pôle Emploi

- Certificat de scolarité ou carte d'étudiant

- Contrat d'apprentissage ou de professionnalisation

- Attestation d'inscription au Pôle Emploi

### Enfant de moins de 28 ans en situation d'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...)

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 de 16 à 28 ans.

