

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Bulletin individuel d'affiliation du salarié

AFFILIATION

MODIFICATION

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

➤ VEILLEZ À COMPLÉTER LE PRÉSENT BULLETIN ET À L'ADRESSER À VOTRE MUTUELLE
AVEC L'ENSEMBLE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES INDIQUÉES EN DERNIÈRE PAGE.

Encadré à renseigner par l'employeur

Raison sociale : _____

N° SIRET :

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Régime obligatoire souscrit

Je soussigné(e), M^{me}/M _____

agissant en qualité de _____

ayant pouvoir d'engager l'entreprise, certifie avoir souscrit, pour l'ensemble du personnel non cadre (salariés non affiliés à l'AGIRC) et leurs ayants droit, le régime suivant :

➤ NIVEAU DE GARANTIES :

RÉGIME CONVENTIONNEL

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OPTIONNEL

Date d'effet de la présente affiliation :

Fait à : _____ Le : _____

Signature du représentant légal de l'entreprise :

Cachet de l'entreprise :

Encadré à renseigner par le salarié

Nom : _____

Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

E-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



Option choisie par le salarié

En fonction du régime obligatoire souscrit par votre entreprise, et en complément de celui-ci vous pouvez améliorer vos garanties, à titre individuel et facultatif.

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 (« RÉGIME OBLIGATOIRE SOUSCRIT »).

➤ Si le régime obligatoire couvre le RÉGIME CONVENTIONNEL, vous pouvez améliorer votre couverture en souscrivant au RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OPTIONNEL

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

Je souhaite **AMÉLIORER MES GARANTIES** en souscrivant au **RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OPTIONNEL**

	COTISATION mensuelle ⁽¹⁾	en pourcentage du PMSS ⁽²⁾
Par Adulte	0,22 %	7,54 €
Par Enfant	0,12 %	4,11 €
	Soit, en 2021	

(1) Quel que soit le régime obligatoire MSA ou SS dont vous dépendez (régime général ou régime local Alsace-Moselle)

(2) PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

(3) Gratuité à partir du 3ème enfant à charge

Je ne souhaite pas souscrire d'option individuelle

Identification des bénéficiaires

NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ ⁽⁴⁾	NUMÉRO SÉCURITÉ SOCIALE	DATE DE NAISSANCE	CODE SS ⁽⁵⁾	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

(4) Lien de parenté - C : conjoint ou « assimilé » - E : enfant à charge de l'adhérent ou de son conjoint

(5) Code SS - 1 : Régime Général - 2 : Régime Local - 3 : autre

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.

Mutex et votre mutuelle mettent en œuvre un traitement de données à caractère personnel et de données dites sensibles vous concernant pour assurer la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat ainsi que pour la gestion commerciale de notre relation. Ces données pourront aussi être utilisées dans le cadre d'opérations de prospection, de contrôle, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, l'exécution des dispositions légales et réglementaires, et ce, en application du présent contrat ou de l'intérêt légitime de Mutex. Les données collectées dans ce formulaire sont indispensables à la mise en œuvre de ces traitements, et sont destinées aux services concernés de Mutex et de votre mutuelle, ainsi que, le cas échéant, à leurs sous-traitants ou prestataires. Les données collectées sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales.

Vous pouvez à tout moment vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de vos données, de portabilité, d'opposition aux traitements, ainsi que du droit de définir des directives sur leur sort après votre décès.

Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données de l'un des organismes assureurs gestionnaires : • MUTEX par mail à l'adresse dpo@mutex.fr ou par courrier postal adressé à « Mutex - Délégué à la Protection des Données - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex » • Harmonie Mutuelle : par mail à l'adresse dpo@harmoniemutuelle.fr ou par courrier postal adressé à « Harmonie Mutuelle Service DPO - 29 quai François Mitterrand - 44273 Nantes Cedex 2 » • AESIO MUTUELLE - par formulaire dédié sur le site ou par courrier postal à AESIO MUTUELLE, Service Réclamation - 67 rue de Cras 25041 Besançon Cedex • La Mutuelle Verte par mail à l'adresse dpo@mutuelleverte.com ou par courrier postal adressé à « La Mutuelle Verte - Délégué à la Protection des Données - 78 Cours Lafayette- CS 60521- 83041 Toulon Cedex 9 » • VIASANTÉ Mutuelle par mail à l'adresse DPD@viasante.fr ou par courrier postal adressé à « VIA SANTE Mutuelle -Délégué à la Protection des Données - 1 avenue Carsalade du Pont - CS 89921 - 66866 PERPIGNAN cedex 9 » • klesia mutuelle par mail à l'adresse info.cnil@klesia.fr ou par courrier postal adressé à « KLESIA - Service INFO CNIL CS 30027, 93108 Montreuil cedex »

J'accepte de recevoir par courrier électronique des offres commerciales de la part de Mutex et de ma mutuelle

Je m'oppose à recevoir vos offres commerciales par voie postale ou par téléphone

J'accepte de recevoir par courrier électronique des offres commerciales de la part des partenaires de Mutex

Fait à : _____	Le : _____
<i>Signature du salarié</i>	<i>Coordonnées de la mutuelle</i>



Société anonyme au capital de 37 302 300 euros. Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040

Siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon Cedex.

Assurant en co-assurance avec les mutuelles gestionnaires du régime Frais de santé de la branche des entreprises d'Accoupage et de Sélection

Autorité de Contrôle : ACPR, 4 place de Budapest 75436 Paris Cedex 9

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Bulletin individuel d'affiliation du salarié

PIÈCES JUSTIFICATIVES
à joindre à votre demande d'affiliation



PIÈCES À JOINDRE

Salarié

- Attestation d'immatriculation à la MSA ou à la Sécurité sociale
- Relevé d'Identité Bancaire du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations
- Mandat SEPA, dans le cadre de l'adhésion à titre individuel du salarié au régime complémentaire optionnel

Conjoint

- Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale, à la MSA ou de tout autre régime

Concubin, Partenaire de PACS

- Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale, à la MSA ou de tout autre régime
- Justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture énergétique, d'un avis d'imposition ou de la convention de PACS

Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale

- Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale du salarié ou de son conjoint / concubin / 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

Enfant de moins de 25 ans

- Etudiant
- En alternance
- Inscrit au Pôle Emploi
- En contrat d'insertion professionnelle
- Enfant en situation de handicap avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %

- Certificat de scolarité ou carte étudiant
- Contrat d'apprentissage ou de professionnalisation
- Attestation d'inscription au Pôle Emploi
- Contrat de travail
- Tout document justificatif (notification de l'invalidité, attestation versement de l'AEH, AAH, AHH ...)