

BULLETIN D’AFFILIATION DU SALARIÉ

Contrat(s) collectif(s) frais de santé

Les Renforcées

L’ENTREPRISE (à remplir par votre employeur)

Raison sociale

N° SIRET

Qualité du signataire

Fait à

Le

signature et/ou cachet de l’employeur

LE SALARIÉ (remplir toutes les zones)

Nom d’usage (d’époux/d’épouse)

Nom de naissance

Prénom

Adresse

Code postal Ville

Numéro de Sécurité sociale

Date de naissance Téléphone mobile

Adresse email @

Catégorie socioprofessionnelle Cadre Employé, Technicien, Agent de Maîtrise Non-cadre

Autre (ex : VRP)

Document à retourner à l’adresse suivante :
Malakoff Humanis Affiliations 78288 Guyancourt cedex

MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale
Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181

AUXIA ASSISTANCE

SA au capital de 1 780 000 € - Entreprise régie par la Code des assurances
Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - 351 733 761 RCS Paris

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d’un droit de demander l’accès, la rectification ou l’effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d’un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l’objet et d’un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d’informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

LES BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties du(des) contrat(s) ci-après, les bénéficiaires doivent répondre à la définition rappelée à la notice d'information, être renseignés dans le tableau ci-dessous et les cotisations les concernant doivent être réglées.

COCHEZ LES CASES UTILES

Les bénéficiaires du contrat disposent-ils de :

		Autre mutuelle	CMU C	ACS
Salarié	Compléter les informations ci-contre et le cas échéant ci-dessous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjoint	Nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prénom né(e) le []			
	N° SS []			
Enfant	Nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prénom né(e) le []			
	N° SS []			
Enfant	Nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prénom né(e) le []			
	N° SS []			
Enfant	Nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prénom né(e) le []			
	N° SS []			
Ascendant	Nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prénom né(e) le []			
	N° SS []			

NOEMIE : Les bénéficiaires (ou leur représentant légal) autorisent le gestionnaire à établir une liaison directe (échanges NOEMIE) avec leur Caisse de sécurité sociale. Ainsi, les remboursements des frais médicaux complémentaires s'effectueront automatiquement **sauf s'ils bénéficient déjà d'une première mutuelle ou s'ils refusent ce service en le notifiant par écrit sur papier libre.**

LES CONTRATS SANTÉ

A - Contrat complémentaire obligatoire

Indiquer la date d'effet de l'affiliation souhaitée []

Indiquer l'option/la formule retenue parmi celle(s) proposée(s) et reprise(s) le cas échéant dans la notice d'information :

La structure de cotisation applicable est celle qui correspond aux bénéficiaires mentionnés dans le tableau ci-avant et retenue par l'entreprise.

B - Contrat surcomplémentaire facultatif

Pour améliorer encore vos garanties, vous pouvez vous affilier au contrat surcomplémentaire facultatif souscrit par votre entreprise en remplissant les informations requises au présent paragraphe.

Indiquer la date d'effet de l'affiliation souhaitée []

Indiquer l'option/la formule retenue parmi celle(s) proposée(s) et reprise(s) le cas échéant dans la notice d'information :

Les bénéficiaires sont nécessairement les mêmes que ceux effectivement couverts au contrat obligatoire, mentionné au paragraphe « A » ci-avant.

La cotisation est à votre charge et sera prélevée mensuellement directement sur votre compte bancaire. Son montant, en vigueur à la date d'effet de l'affiliation vous sera communiqué par votre employeur ainsi que les évolutions périodiques y afférant.

Document à retourner à l'adresse suivante :
Malakoff Humanis Affiliations 78288 Guyancourt cedex

MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE
Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale
Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181

AUXIA ASSISTANCE
SA au capital de 1 780 000 € - Entreprise régie par la Code des assurances
Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - 351 733 761 RCS Paris

Les informations collectées sont toutes nécessaires pour Malakoff Humanis Prévoyance, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable de traitement, pour l'établissement et la gestion de votre dossier.

- Je certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées au présent bulletin d'affiliation du salarié et j'ai bien noté que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation par l'assureur entraîne la nullité de l'assurance sous réserve que Malakoff Humanis justifie de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées à ce titre demeureront acquises à l'Institution. (Cochez la case)
- Je déclare avoir reçu un exemplaire de la notice d'information du contrat précité. (Cochez la case)

Fait à

Le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature du salarié

LES PIÈCES À JOINDRE À VOTRE BULLETIN D'AFFILIATION AU(X) CONTRAT(S) SANTÉ

- un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement de vos prestations (NB. un seul RIB par famille).

Pour l'ensemble des bénéficiaires :

- la photocopie de l'attestation carte Vitale délivrée par la Sécurité sociale.

Pour les partenaires de PACS et concubins :

- une déclaration sur l'honneur signée des deux partenaires ou concubins.

Pour les enfants à charge qui ne figurent pas sur votre attestation carte Vitale :

- une attestation sur l'honneur complétée, datée et signée, précisant qu'ils sont bien fiscalement à charge au sens du(des) contrat(s).

Le cas échéant, d'une copie :

- du certificat de scolarité de l'année en cours (à renouveler chaque année),
- du contrat d'apprentissage ou d'alternance ou de qualification,
- d'une attestation d'inscription à Pôle emploi,
- de la carte mobilité inclusion portant la mention invalidité ou de la notification de l'allocation en faveur des personnes en situation de handicap.

Pour les ascendants à charge au sens du contrat :

- une attestation sur l'honneur complétée, datée et signée, précisant qu'ils sont bien fiscalement à charge au sens du(des) contrat(s).

Si vous vous affiliez à un contrat facultatif :

- Un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé pour le règlement des cotisations y afférent.

L'assureur se réserve la possibilité de demander toute pièce complémentaire que la situation de l'assuré exigerait.

Document à retourner à l'adresse suivante :
Malakoff Humanis Affiliations 78288 Guyancourt cedex

MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale
Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181

AUXIA ASSISTANCE

SA au capital de 1 780 000 € - Entreprise régie par la Code des assurances
Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - 351 733 761 RCS Paris