



BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION - Personne Accompagnée

Contrat collectif frai	s de santé		
☐ Affiliation		☐ Modification	
Date d'effet			
L'ENTREPRISE (à rempli	r par votre employeu	ur)	
Raison sociale			
N° SIRET ii II	_ _		
Qualité du signataire			
Fait à	Signature et/ou cachet de l'employeur		
Le III II II	_	- σ	
LE SALARIÉ (remplir tout	es les zones)		
Nom d'usage (d'époux/d'épouse)			
om de naissance Prénom			
Adresse			
Code postal ıııı	_ Ville		
Numéro de Sécurité sociale		_ı ı clé ı	
Date de naissance II_I II		. Téléphone mobile ı ı ı	
Adresse mail		@	
Régime	☐ Régime Général	☐ Régime Alsace Moselle	
Structure de cotisation	□ Isolé	☐ Famille	

Document à remettre auprès du service Ressources Humaines de votre structure

Malakoff Humanis Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris N° SIREN 775 691 181 Les informations collectées sont toutes nécessaires à « Malakoff Humanis Prévoyance », ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement, pour la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. 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 croit 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 directement sur notre site via nos formulaires, par emali à go-@malakoffhumanis.com_ou par courrier à Malakoff Humanis, pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedez 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 l'ensemble des cotisations les concernant doivent être réglées.

COCHEZ LES CASES UTILES Les bénéficiaires du contrat disposent-ils de :

		Autre mutuelle	CMU C	ACS
Salarié(e)	Compléter les informations ci-contre et le cas échéant ci-dessous			
Conjoint(e)	Nom né(e) le l I <t< th=""><th></th><th></th><th></th></t<>			
Enfant	Nom né(e) le l <t< th=""><th></th><th></th><th></th></t<>			
Enfant	Nom né(e) le l I <t< th=""><th></th><th></th><th></th></t<>			
Enfant	Nom né(e) le ll_I_IIIII N° SS			
Enfant	Nom né(e) le I <t< th=""><th></th><th></th><th></th></t<>			

Noémie: 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 PIÈCES À JOINDRE

- Un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement de vos prestations (NB : un seul RIB par famille)
- Jugement de tutelle, le cas échéant

Pour l'ensemble des bénéficiaires :

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

Pour les partenaires des PACS et concubins :

Une déclaration sur l'honneur signée des deux partenaires ou concubin

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 contrat

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 mentionnant le montant de la rémunération
- D'une attestation d'inscription à Pôle emploi (primo-chômeur après fin d'études)
- De la carte d'invalidité ou de la notification d'attribution de l'allocation d'enfant ou d'adulte handicapé.

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 contrat.

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

responsable de traitement, pour l'établissement et la gestion de votre	, , ,
☐ Je certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature l'appréciation par l'assureur entraîne la nullité de l'assurance sous recaractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payée la case).	e à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser réserve que Malakoff Humanis justifie de l'existence du
☐ Je déclare avoir reçu la ou les notices d'information correspondant	au contrat souscrit (Cochez la case).
Fait à	Signature du salarié
Le IIII	