

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION DU SALARIÉ

Contrat collectif frais de santé – Niveau 1 / Niveau 2

Affiliation

Modification

Date d'effet |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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 ..... |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| clé |\_|\_|\_|

Date de naissance |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ..... Téléphone mobile |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adresse mail ..... @ .....

Régime :  Régime Général

Régime Alsace Moselle

Structure de cotisation  Isolé

Famille

Catégorie professionnelle :  Cadre

Non-Cadre

**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 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 directement sur notre site via nos formulaires, par email à [dpo@malakoffhumanis.com](mailto: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 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjoint(e)	Nom ..... Prénom ..... né(e) le  _ _   _ _   _ _   _ _    N° SS .....  _ _   _ _ _   _ _ _   _ _   _ _   _ _    clé  _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant	Nom ..... Prénom ..... né(e) le  _ _   _ _   _ _   _ _    N° SS .....  _ _   _ _ _   _ _ _   _ _   _ _   _ _    clé  _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant	Nom ..... Prénom ..... né(e) le  _ _   _ _   _ _   _ _    N° SS .....  _ _   _ _ _   _ _ _   _ _   _ _   _ _    clé  _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant	Nom ..... Prénom ..... né(e) le  _ _   _ _   _ _   _ _    N° SS .....  _ _   _ _ _   _ _ _   _ _   _ _   _ _    clé  _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant	Nom ..... Prénom ..... né(e) le  _ _   _ _   _ _   _ _    N° SS .....  _ _   _ _ _   _ _ _   _ _   _ _   _ _    clé  _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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.**

## LE CONTRAT FRAIS DE SANTÉ

Contrat de base obligatoire – NIVEAU 1

La structure de cotisation applicable est celle qui correspond aux bénéficiaires mentionnés dans le tableau ci-dessus (y compris le salarié).

**Pour améliorer vos garanties, vous pouvez vous affilier au contrat surcomplémentaire facultatif souscrit par votre entreprise en remplissant le paragraphe « B » ci-après :**

Contrat surcomplémentaire facultatif – NIVEAU 2

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

