malakoff humanis

L'ARCHE EN FRANCE

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION DU SALARIÉ

Contrat collectif frais de santé – NIVEAU 1

☐ 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 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	☐	☐	☐
Conjoint(e)	Nom ..... Prénom ..... né(e) le I___I___I I___I___I I___I___I___I___I N° SS ..... |___| |___I___I___| |___I___I___| |___I___| |___I___| |___I___| clé |___I___|	☐	☐	☐
Enfant	Nom ..... Prénom ..... né(e) le I___I___I I___I___I I___I___I___I___I N° SS ..... |___| |___I___I___| |___I___I___| |___I___| |___I___| |___I___| clé |___I___|	☐	☐	☐
Enfant	Nom ..... Prénom ..... né(e) le I___I___I I___I___I I___I___I___I___I N° SS ..... |___| |___I___I___| |___I___I___| |___I___| |___I___| |___I___| clé |___I___|	☐	☐	☐
Enfant	Nom ..... Prénom ..... né(e) le I___I___I I___I___I I___I___I___I___I N° SS ..... |___| |___I___I___| |___I___I___| |___I___| |___I___| |___I___| clé |___I___|	☐	☐	☐
Enfant	Nom ..... Prénom ..... né(e) le I___I___I I___I___I I___I___I___I___I N° SS ..... |___| |___I___I___| |___I___I___| |___I___| |___I___| |___I___| clé |___I___|	☐	☐	☐

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).

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.

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 la ou les notices d'information correspondant au contrat souscrit (Cochez la case).

Fait à .....

Le I___I___I I___I___I I___I___I___I___I

Signature du salarié