

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION À « MA PRÉVOYANCE SANTÉ »



Bulletin à retourner à votre correspondant paie ou ressources humaines avec les pièces justificatives.

● ENTITÉ EMPLOYEUR (CADRE RESERVÉ À L’ENTREPRISE)

Raison Sociale / Société : _____

Etablissement : _____

Siret : _____

Embauche

Reprise d’activité après suspension du contrat de travail

Mutation au sein de Safran

● DATE D’EFFET DE L’ADHÉSION

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

J’adhère dans la catégorie correspondant à ma situation réelle de famille (voir au verso)

Isolé Duo + Famille Isolé par dérogation

Je remplis les conditions d’un des cas de dispense d’adhésion autorisés et ne souhaite pas adhérer.

● LE SALARIÉ _____ (MATRICULE) (Informations obligatoires)

Nom	Prénom	Date de naissance	N° Sécurité sociale	Code S.S. (1)	Connexion Noémie
					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Adresse électronique _____ @ _____

Téléphone : _____

● LES AYANTS DROIT

Lien de parenté	Nom	Prénom	Date de naissance	N° Sécurité sociale	Code S.S. (1)	Connexion Noémie
Conjoint						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
1 ^{er} enfant						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2 ^e enfant						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3 ^e enfant						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4 ^e enfant						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5 ^e enfant (2)						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

(1) Code S.S. : Régime de Sécurité sociale : **A** : Régime Général ; **B** : Régime Alsace-Moselle ; **C** : Régime Etudiant ; **D** : Autre Régime

(2) Pour toute famille supérieure à cinq enfants, veuillez joindre un bulletin complémentaire

✓ Je joins les pièces justificatives indiquées au verso

● CONNEXION NOEMIE (cocher les cases si besoin)

Précisez si vous autorisez l’échange d’information entre votre caisse d’Assurance maladie et votre mutuelle (connexion NOEMIE).

Si le conjoint et les ayants droit bénéficient déjà de la télétransmission par l’adhésion à un régime obligatoire, ils peuvent conserver le bénéfice d’un remboursement en surcomplémentaire par le régime, **sans être connectés.**



Malakoff Humanis Prévoyance Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité sociale, Immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 775 691 181
Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Humanis Siège social : 21 rue Laffitte – 75009 PARIS

Harmonie Mutuelle- Groupe VYV Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, Numéro LEI n°969500JLU5ZH89G4TD57, Siège social : 143 rue Blomet – 75015 Paris, agissant pour son compte et celui des mutuelles co assureur

Pièces à joindre

Adhérent	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale). + Copie du livret de famille, s'il y a des enfants non à charge Sécurité sociale. + Relevé d'Identité Bancaire du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations.
Conjoint	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale), s'il est lui-même assuré social.
Concubin	Justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture EDF, d'un avis d'imposition. + Attestation d'immatriculation Sécurité sociale (Vitale), s'il est lui-même assuré social.
Partenaire de PACS	Pacte Civil de Solidarité, acte de naissance ou attestation de Pacs. + Attestation d'immatriculation Sécurité sociale (Vitale), s'il est lui-même assuré social.
Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) du salarié ou de son conjoint ou concubin, justifiant de la qualité d'ayant droit.
Enfant de moins de 26 ans, étudiant	Certificat de scolarité ou copie carte d'étudiant. + Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale).
Enfant de moins de 26 ans, en contrat d'apprentissage ou formation en alternance	Contrat d'apprentissage ou de formation en alternance. + Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale).
Enfant de moins de 26 ans ayant terminé ses études et en recherche d'un premier emploi	Attestation d'inscription au Pôle Emploi. + Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale).
Enfant atteint d'une infirmité l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon la réglementation S.S.)	Tout document justifiant d'une incapacité supérieure ou égale à 80%.
Enfant atteint d'une infirmité et ayant une activité rémunérée	Tout document justifiant d'une incapacité supérieure ou égale à 80%. + Dernier bulletin de salaire.
Dispense d'adhésion	Bulletin de dispense d'adhésion et justificatifs.

Les cotisations varient et sont payées en fonction de la situation réelle de famille du salarié selon les définitions suivantes :

Cotisation « Isolé » :

- Pour les salariés seuls (célibataires, veufs, divorcés ou séparés de corps, déclarant ne pas avoir d'ayants droit) ;
- Par dérogation : les salariés dont le conjoint et les enfants sont déjà couverts par un régime obligatoire de remboursement de frais de santé.

Dans ce cas, vous devez produire, à l'appui de votre demande d'adhésion « Isolé », une attestation de l'employeur de votre conjoint. Ce document sera à renouveler chaque année, et à remettre à votre service du personnel.

Cotisation « Duo + » :

- Pour les salariés mariés, pacsés ou vivant en concubinage sans enfant à charge ;
- Pour les salariés seuls (célibataires, veufs, divorcés ou séparés de corps) et qui ont un ou plusieurs enfants à charge.

Cotisation « Famille » :

- Pour les salariés mariés, pacsés ou vivant en concubinage et qui ont un ou plusieurs enfants à charge y compris si le conjoint, partenaire de PACS ou concubin du salarié bénéficie d'une dispense.

● IMPORTANT

Je soussigné (NOM Prénom) _____, atteste par la présente l'exactitude des données personnelles fournies à l'appui de ma demande d'adhésion et m'engage à déclarer, dès sa survenance, toute modification ultérieure de ma situation de famille (mariage, divorce, naissance d'enfant, ...).

Je reconnais par ailleurs, être en possession des notices d'information de Prévoyance et Frais de Santé*, remises par mon employeur avec le présent bulletin.

*Contrat Prévoyance n°001805-NOV-06-00, Contrats Frais de santé n° 09.07.056

CADRE RÉSERVÉ AU SALARIÉ

Fait à _____ le _____

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

CADRE RÉSERVÉ À L'ENTREPRISE

Fait à _____ le _____

Signature et cachet

Les informations recueillies sur ce bulletin font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre la gestion de votre adhésion et l'affiliation de vos ayants droit. Les données « téléphone, téléphone portable, situation familiale, e-mail » sont demandées à titre facultatif, l'ensemble des autres données étant indispensable au traitement de votre adhésion. Elles sont destinées à la mutuelle et aux organismes assureurs auprès desquels la mutuelle a souscrit un contrat collectif, ainsi qu'aux éventuels sous-traitants et prestataires impliqués dans la gestion du contrat et utilisées aux fins et selon les modalités de conservation et d'hébergement précisées à la notice d'information, de passation et de gestion (y compris commerciale) du contrat ainsi que pour garantir les intérêts légitimes de la Mutuelle (lutte contre

les fraudes, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme). Vos informations personnelles ne pourront être utilisées ultérieurement à des fins de prospection commerciale par courriers postaux et téléphone, sauf si vous l'autorisez en cochant les cases ci-contre : J'autorise la prospection commerciale par courrier postal et téléphone . Par ailleurs, vous pouvez également à tout moment vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr). Conformément à la réglementation en vigueur, vous, ainsi que vos ayants droit, disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de vos données personnelles, et pouvez décider de leur sort après votre décès. Vous disposez en outre d'un droit à la limitation des traitements, d'un droit

au retrait du consentement, du droit à ne pas faire l'objet d'une décision individuelle automatisée et, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Responsable Protection des données ou de la personne référente de la Mutuelle par mail ou par courrier postal. En cas de réclamations relatives au traitement de vos données personnelles et l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75 334 Paris cedex 07 (HYPERLINK «http://www.cnil.fr» www.cnil.fr)