

PORTABILITÉ DES DROITS INCAPACITÉ, INVALIDITÉ, DÉCÈS / FRAIS DE SANTÉ Déclaration d'affiliation individuelle



● ENTITÉ EMPLOYEUR (CADRE RESERVÉ À L'ENTREPRISE)

Raison Sociale / Société : _____
Etablissement : _____
Siret : _____

● DATE D'EFFET DE LA PORTABILITÉ

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

● LE SALARIÉ (MATRICULE)

Nom	Prénom	Date de naissance	N° Sécurité sociale

Adresse _____
Code postal _____ Ville _____
Adresse mail _____ @ _____
Téléphone : _____

● RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL OUVRANT DROIT À L'INDEMNISATION PAR PÔLE EMPLOI

Date d'entrée dans le groupe : _____ Date de fin de contrat de travail : _____
Motif de rupture : Licenciement hors faute lourde Fin de CDD Démission Rupture conventionnelle
 Autres (préciser) : _____
Durée de la portabilité (sous réserve de remplir les conditions pour en bénéficier) : _____ mois Date de fin de droits : _____

● CONDITIONS DE LA GARANTIE

La garantie est accordée dès le lendemain de la rupture du contrat de travail, sous réserve de l'envoi aux Organismes Gestionnaires du présent document ainsi que l'attestation de Pôle Emploi précisant les droits à indemnisation.

L'affiliation individuelle est accordée pour vous-même et, le cas échéant, vos ayants droit déclarés à ce jour.

● PORTABILITÉ DES GARANTIES INCAPACITÉ, INVALIDITÉ, DÉCÈS / FRAIS DE SANTÉ

Je soussigné(e) _____ demande à bénéficier des garanties :

- Incapacité, Invalidité, Décès Frais de Santé
 Renonce aux garanties Incapacité, Invalidité, Décès et Frais de santé

Si en qualité de salarié vous avez bénéficié d'une dispense d'affiliation au régime Frais de Santé, seul le maintien du régime Incapacité, Invalidité, Décès vous est proposé.

Pour les salariés à temps partiel, précisez si vous avez souscrit à l'option facultative Incapacité, Invalidité, Décès : OUI NON

J'adhère au régime frais de santé dans la même catégorie que celle dont je bénéficiais en tant que salarié et correspondant à ma situation réelle de famille (voir au verso) Isolé Duo + Famille Isolé par dérogation

Ce maintien s'effectuera sans contrepartie financière.

Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

● ENFANT SALARIÉ

Safran offre la possibilité de maintenir le régime d'accueil « enfants salariés » pour le ou les enfants de l'ancien salarié, sous réserve du paiement de la cotisation prélevée sur le solde de tout compte du salarié.

Nom	Prénom	Date de naissance	N° Sécurité sociale



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 supérieures ou égales à 80%.
Enfant atteint d'une infirmité et ayant une activité rémunérée	Tout document justifiant d'une incapacité supérieures ou égales à 80%. + Dernier bulletin de salaire.
Enfant salarié	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale). + Avis d'imposition de l'enfant ou du parent si rattachement fiscal. + Attestation d'inscription au Pôle Emploi.

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 y compris si le conjoint, partenaire de PACS ou concubin du salarié bénéficie d'une dispense.

Cotisation « Famille » :

- Pour les salariés mariés, pacsés ou vivant en concubinage et qui ont un ou plusieurs enfants à charge.

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-droits. 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-droits, 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)