

## Régime d’accueil des retraités

Bulletin à retourner à votre mutuelle accompagné des pièces justificatives et de l’autorisation de prélèvement des cotisations.

### ● DATE D’EFFET DE L’ADHÉSION

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(Date de départ en retraite.)

## INSCRIPTION DES BÉNÉFICIAIRES

### ● RETRAITÉ ADHÉRENT (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 \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### ● CONJOINT DU RETRAITÉ

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

### ● ENFANTS À CHARGE (2)

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

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



## CHOIX DU NIVEAU DE GARANTIE

Cochez la case de votre choix :

« Convention Santé » :

Cette garantie permet, pour une cotisation modérée, de rembourser des frais médicaux courants sur la base des tarifs pris en charge par la Sécurité sociale. Elle a été élaborée pour offrir un niveau de couverture comparable à celle apportée préalablement à la mise en place de l'Accord Groupe par les mutuelles d'entreprises existantes au sein de Safran ;

« Safran Santé » :

Apportant une couverture à l'identique de celle prévue par le régime obligatoire des salariés actifs (Ma Prévoyance Santé) en vigueur jusqu'au 31/12/2019 ;

« Ma Santé Safran » :

Apportant une couverture à l'identique de celle prévue par le régime obligatoire du régime des actifs (Ma Prévoyance Santé) applicable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

## Pièces à joindre

|  |  |
|--|--|
| <b>Adhérent</b>  | Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale).<br>+ Copie du livret de famille, s'il y a des enfants non à charge Sécurité sociale.<br>+ Relevé d'Identité Bancaire du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations. |
| <b>Conjoint</b>  | Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale), s'il est lui-même assuré social.   |
| <b>Concubin</b>  | Justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture EDF, d'un avis d'imposition.<br>+ Attestation d'immatriculation Sécurité sociale (Vitale), s'il est lui-même assuré social.  |
| <b>Partenaire de PACS</b>  | Pacte Civil de Solidarité, acte de naissance ou attestation de Pacs.<br>+ Attestation d'immatriculation Sécurité sociale (Vitale), s'il est lui-même assuré social.  |
| <b>Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale</b>  | Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) du salarié ou de son conjoint ou concubin, justifiant de la qualité d'ayant droit.  |
| <b>Enfant de moins de 26 ans, étudiant</b>   | Certificat de scolarité ou copie carte d'étudiant.<br>+ Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale).  |
| <b>Enfant de moins de 26 ans, en contrat d'apprentissage ou formation en alternance</b>                                  | Contrat d'apprentissage ou de formation en alternance.<br>+ Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale).  |
| <b>Enfant de moins de 26 ans ayant terminé ses études et en recherche d'un premier emploi, dans la limite de 12 mois</b> | Certificat de scolarité de la dernière année d'études.<br>+ Attestation d'inscription à France Travail.<br>+ Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale).   |
| <b>Enfant atteint d'une infirmité l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon la réglementation S.S.)</b>   | Notification d'invalidité ou décision de la CDAPH.   |
| <b>Enfant atteint d'une infirmité et ayant une activité rémunérée</b>  | Notification d'invalidité ou décision de la CDAPH.<br>+ Dernier bulletin de salaire.   |

## CADRE RÉSERVÉ À L'ADHÉRENT

**Je déclare avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat Frais de santé n° 09.07.057.**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

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 (www.cnil.fr).