

LOGO

01

/* règle concerne la charte
graphique : logo + pied de page */

Coordonnées de l'entreprise

Raison sociale : [NOM_ENTREPRISE]
Adresse : [ADRESSE_ENTREPRISE]
Code postal : [CP_ENTREPRISE]
Ville : [VILLE_ENTREPRISE]
SIRET : [SIRET_ENTREPRISE]

BULLETIN D'ADHÉSION SALARIÉ

02
Date d'effet demandée [JJ/MM/AAAA]

N° du contrat (obligatoire) : **GESTION CONTRAT**

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

03
 Civilité M. Mme Nom **04** Nom de naissance Prénom **05**
 Adresse Code postal
 Commune Tél. Tél. portable
 E-mail
 Situation familiale **06** Profession Date d'embauche / / Catégorie **07**

GARANTIE [GARANTIE_ADHERENT]

PERSONNES À GARANTIR (voir les justificatifs à fournir)

08 /* règle concerne l'ensemble du tableau */

	Nom	Prénom	Date de naissance	11 Sexe (1)	N° régime obligatoire	Caisse de régime obligatoire (2)
Adhérent (bénéficiaire 1) 09	<NOM_ADR>	<PRENOM_ADR>	<DATE_NACE_ADR>	<SEX_ADR>	<REGIME_ADR>	<CAISSE_ADR>
Conjoint/ paçé/ concubin (bénéficiaire 2)	<NOM_BENEF2>	<PRENOM_BENEF2>	<DATE_NACE_BENEF2>	<SEX_BENEF2>	<REGIME_BENEF2>	<CAISSE_BENE_F2>
Enfant 1	<NOM_ENF1>	<PRENOM_ENF1>	<DATE_NACE_ENF1>	<SEX_ENF1>	<input type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre	<CAISSE_ENF1>
Enfant 2	<NOM_ENF2>	<PRENOM_ENF2>	<DATE_NACE_ENF2>	<SEX_ENF2>	<input type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre	<CAISSE_ENF2>
Enfant 3	<NOM_ENF3>	<PRENOM_ENF3>	<DATE_NACE_ENF3>	<SEX_ENF3>	<input type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre	<CAISSE_ENF3>
Enfant 4	<NOM_ENF4>	<PRENOM_ENF4>	<DATE_NACE_ENF4>	<SEX_ENF4>	<input type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 1 <input type="checkbox"/> rattaché bénéficiaire 2 Autre	<CAISSE_ENF4>

Régime obligatoire de l'adhérent : général local autre / du conjoint général local TNS/PI autre

(1) Féminin = F - Masculin = M

(2) Recopier les codes de la zone « organisme gestionnaire » figurant sur votre attestation vitale échanges se feront en automatique avec le régime obligatoire.

MODALITÉ DE PAIEMENT

Si prélèvement sur le compte bancaire de l'adhérent, précisez :

Périodicité souhaitée : Mensuelle Semestrielle Annuelle

Jour souhaité : le 5 le 10 le 15

(Sans précision, celui-ci sera effectué au 5 de chaque mois)

JUSTIFICATIFS À FOURNIR Retournez-nous votre demande complétée et signée, accompagnée des justificatifs suivants :

- photocopie de l'attestation papier d'ouverture de droit à votre Caisse de régime obligatoire récente pour chaque assuré. Si vous n'êtes pas en possession de votre attestation papier, elle peut être imprimée dans nos agences, sur simple présentation de la carte Vitale,
- si enfant de plus de 20 ans dans l'une des situations suivantes : étudiant, apprenti, intérimaire, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée, en contrat d'insertion professionnelle ou si enfant handicapé ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire français : fournir les justificatifs de la situation,
- un RIB joint pour le versement de vos prestations,
- si le mode de paiement « prélèvement » est choisi : un relevé d'identité bancaire, postal ou de Caisse d'épargne et le mandat de prélèvement SEPA rempli et signé.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

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 demande.

Elles sont destinées à la mutuelle, aux organismes assureurs auprès desquels la mutuelle a souscrit un contrat collectif, aux éventuels sous-traitants et prestataires impliqués dans la gestion du contrat ainsi que le cas échéant à nos réassureurs et utilisées aux fins et selon les modalités de conservation et d'hébergement précisées

(y compris commerciale) du contrat ainsi que pour garantir les obligations légales de la Mutuelle (lutte contre les fraudes, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme). Vos informations personnelles pourront être utilisées ultérieurement à des fins de prospection commerciale par courriers postaux, télécopies ou fax si vous acceptez que nous communiquions ces informations à des tiers. Vous pouvez également à tout moment nous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique à bloctel.gouv.fr. Conformément à la réglementation en vigueur, vous, ainsi que vos ayants droit, disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de portabilité de vos données personnelles, et pouvez décider de leur sort après au règlement mutualiste et/ou à la notice d'information, de passation et de gestion votre décès. Vous disposez en outre, pour des motifs légitimes d'un droit à la limitation des traitements, d'un droit au retrait de votre consentement, d'un droit à l'effacement et d'un droit d'opposition. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Responsable

Personne responsable – Data Protection Officer – de la Mutuelle par mail à l'adresse XXXX ou par courrier postal adressé à XXXX, en joignant à votre demande une copie de votre justificatif d'identité. En cas de réclamations relatives au traitement de vos données personnelles et à l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris

Fait le **JJ/MM/AAAA** à **<VILLE>**

Signature de l'adhérent