

Date d'affiliation14/02/2024

Nom de l'employeurDIGIWIN

N° du contrat "BASE"123456789

VOUS

☒ M. ☐ MME

NOMRATEL

PRÉNOMFLORIENT

N° SÉCURITÉ SOCIALE195042768123261

NOM DE NAISSANCEJOHN

DATE DE NAISSANCE04/04/1995

ADRESSE76340 ST LEGER AUX BOIS

CP75001VILLEPARIS

PAYSFRANCE

FIXE0102030405

EMAILMEMBER1@DIGIWIN.FR

MOBILE0602030405

SITUATION DE FAMILLE☐ CÉLIBATAIRE ☒ MARIÉ(E) ☐ CONCUBIN(E) ☐ PACSÉ(E) ☐ DIVORCÉ(E) ☐ VEUF(VE)

SITUATION☒ ACTIF ☐ RETRAITÉ

ÊTES-VOUS UNE PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSÉE ?* ☐ OUI ☒ NON

*Je suis une personne politiquement exposée (1) si : J'exerce ou j'ai cessé d'exercer au cours des 12 derniers mois une fonction politique (ex: parlementaire, membre d'un gouvernement), juridictionnelle (ex: membre d'une haute cour de justice) ou administrative (ex: ambassadeur, dirigeant d'une entreprise publique) (2), ou je suis un membre direct de la famille (conjoint, ascendant, descendant) (3), ou je suis étroitement associé(e) à une personne exerçant ou ayant exercé une telle fonction.

VOS AYANTS DROIT							
BÉNÉFICIAIRE	SEXE	NOM	PRÉNOM	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	NÉ(E) LE	AUTRE MUTUELLE (1)	
Conjoint	M F					<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
1 ^{er} enfant	M F					<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
2 ^e enfant	M F					<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
3 ^e enfant	M F					<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
4 ^e enfant	M F					<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Petit-enfant	M F					<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

(1) Si oui, la télétransmission ne pourra être mise en place par SMI. Dans ce cas, nous vous remercions de nous faire parvenir le décompte original de l'autre mutuelle accompagné de la copie du décompte de la Sécurité sociale.

N° du contrat "GARANTIES OPTIONNELLES" : 123456789

Vous êtes affilié à l'OPTION-1 du contrat "GARANTIES OPTIONNELLES". Elle s'appliquera à l'ensemble de vos ayants droits.

TÉLÉTRANSMISSION / NOÉMIE

Vous bénéficierez automatiquement de la télétransmission : vous n'avez pas besoin de nous adresser vos décomptes de l'Assurance Maladie. (relevés de remboursement de soins).

PIÈCES NÉCESSAIRES

Vous

☒ RIB

☒ Une attestation « Vitale » du régime maladie obligatoire en cours de validité pour chaque personne possédant sa propre immatriculation.

Attestation de droits

☒ Une copie d'attestation «Vitale» du régime maladie obligatoire en cours de validité pour chaque personne inscrite possédant sa propre immatriculation.

Mandat SEPA

☒ Un mandat de prélèvement SEPA pour les cotisations non prises en charge par l'employeur

Si vous souhaitez vous affilier au contrat d'assurance, vos données personnelles sont traitées, en leur qualité de responsables de traitement autonomes ou conjoints, par Unéo et/ou par GMF (et le Groupe Covéa, auquel GMF appartient) en fonction des garanties dont chacun est assureur ou co-assureur. Le Groupe Covéa est représenté par Covéa, Société de Groupe d'Assurance Mutuelle régie par le Code des assurances, RCS Paris 450 527 916, dont le siège social se situe 86-90 rue St Lazare 75009 Paris. Pour obtenir des informations sur le Groupe Covéa, vous pouvez consulter le site <https://www.covea.com>. Vos données personnelles sont traitées par vos Assureurs et par le groupe Covéa afin de conclure, gérer et exécuter les garanties de votre contrat d'assurance ; réaliser des opérations de prospection commerciale ; réaliser des sondages et enquêtes de satisfaction ; permettre l'exercice des recours et la gestion des réclamations ; conduire des actions de recherche et de développement ; mener des actions de prévention ; élaborer des statistiques et études actuarielles, lutter contre la fraude à l'assurance ; mener des actions de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ; exécuter ses obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur ; effectuer des écoutes et enregistrements téléphoniques de manière non systématique, aux fins d'amélioration de la qualité de service, de formation et d'évaluation des collaborateurs. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de limitation au traitement de vos données personnelles. Vous pouvez également demander la portabilité des données personnelles que vous nous avez confiées. Vous disposez enfin d'un droit d'opposition à la prospection commerciale et, pour des raisons tenant à votre situation particulière, au traitement de vos données personnelles à des fins de recherche et développements, de prévention et de lutte contre la fraude. Vous pouvez exercer vos droits à l'adresse suivante : - Par courrier à l'adresse postale : GMF - Protection des données personnelles - 45930 ORLEANS Cedex 9, - Par email : protectiondesdonnees@gmf.fr. Les informations complémentaires sur vos droits et le traitement de vos données personnelles sont disponibles dans les Conditions Générales ou Notices d'Information qui vous ont été remises ou mises à votre disposition lors de votre affiliation. Si vous souhaitez faire état d'une dispense d'affiliation auprès de votre employeur, vos données personnelles seront traitées par GMF en qualité de sous-traitant de votre employeur. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter les mentions d'information présentes sur l'espace relatif aux dispenses d'affiliations.

Je certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées au présent bulletin individuel d'affiliation et j'ai bien noté que toute réticence ou fausse déclaration entraîne des sanctions. Je m'engage à signaler toute modification et à restituer en cas de cessation de l'assurance les attestations de tiers payant en cours de validité, qui m'auront été transmises. Je déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information des assurés des contrats collectifs d'assurance frais de santé "BASE" n°123456789 et "GARANTIES OPTIONNELLES" n°123456789. Je déclare accepter les stipulations présentes dans la notice d'information précitée.

FAIT ÀPARIS

LE15/02/2024

☒ Je refuse de recevoir mes relevés de remboursement et documents de gestion par email. Je souhaite recevoir ces documents uniquement par voie postale.

Les bons conseils de SMI1. Parce que vous allez être assuré(e) par SMI1, vous pourrez bénéficier de conseils et d'offres d'assurances proposées par téléphone aux agents du service public (ex: offres spécifiques, explications sur certains produits, informations utiles à savoir...).

☒ J'accepte (je pourrais modifier ce choix ultérieurement dans mon Espace Adhérent).

☐ Je renonce, au risque de passer à côté d'informations qui auraient pu m'être utiles.

{{s1|signature|85|37}}

Signature précédée de la mention «lu et approuvé»

Assureur : GMF Assurances. Société anonyme d'assurance au capital de 181 385 440 euros entièrement versé - Entreprise régie par le Code des assurances - R.C.S. Nanterre 398 972 901 - Code APE 6512Z - Siège social : 148, rue Anatole France 92300 Levallois-Perret - Adresse postale : 45930 Orléans cedex 9 - IDU REP Eco circulaire : FR231754_03AYXP Gestionnaire : SMI - Mutuelle régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité - SIREN 784 669 954 - Agréée pour les branches 1, 2, 20 et 21 - Siège social : 2, rue de Laborde - CS 40041 - 75374 Paris Cedex 08

enableLinks : true