

# VOTRE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ



## Bulletin individuel de maintien des garanties au titre de la loi Evin

### Identification employeur

Établissement  N° de contrat   
 Adresse   
 N° SIRET  Date d'effet

### Assuré Date d'effet du changement de situation (JJMMAAAA)

Votre nouvelle situation :  ANCIEN SALARIE BENEFICIAIRE D'UNE RENTE D'INCAPACITE OU D'INVALIDITE  
 ANCIEN SALARIE PRIVE D'EMPLOI ET BENEFICIAIRE D'UN REVENU DE REMPLACEMENT  
 ANCIEN SALARIE BENEFICIAIRE D'UNE PENSION DE RETRAITE

Statut (information obligatoire)  Cadre  Non Cadre N°IDCC  N° Adhérent   
 Strate  Fonction

Je sollicite le maintien de mon contrat au titre de la loi Evin moyennant une cotisation à ma charge exclusive.  
 Je demande le maintien de mon conjoint et / ou de mes enfants

#### Montant des cotisations facultatives mensuelles pour 2021 <sup>(1)</sup> :

	Je relève du Régime général de la Sécurité sociale ou du Régime agricole				Je relève du Régime Alsace-Moselle			
	Régime socle	OPTION (en complément du régime socle)			Régime socle	OPTION (en complément du régime socle)		
		Option 1	Option 2	Option 3		Option 1	Option 2	Option 3
Ancien salarié	39,90 €	10,40 €	27,00 €	37,40 €	24,10 €	10,40 €	27,00 €	37,40 €
Conjoint	44,00 €				26,50 €			
Enfant*	22,00 €	5,80 €	14,60 €	20,60 €	13,40 €	5,80 €	14,60 €	20,60 €

(1) : Cotisations dues la 1ère année, elles seront augmentées de 25 % la 2ème année et 50 % la 3ème année.  
 (2) : Le montant est maintenu pour les enfants durant les 3 premières années - Gratuité à compter du 3ème enfant.  
 La cotisation est payable mensuellement à terme d'avance dans les 15 premiers jours de chaque mois civil.

Nom  Prénom   
 Date de naissance (JJMMAAAA)  N° Sécurité sociale   
 Adresse\*\*   
 Code Postal  Commune  Pays   
 Téléphone  E-mail

Souhaitez vous bénéficier de la liaison Noémie\*  Oui  Non

(\*) NOEMIE : La télétransmission par NOEMIE est une procédure informée d'échanges informatiques qui permet aux personnes affiliées au régime général ainsi que celles affiliées à certaines caisses de la Mutualité Sociale Agricole, d'être remboursées sans envoyer leurs décomptes. Les ayants droit couverts par leur propre mutuelle ne peuvent pas en bénéficier. La mutuelle sera informé par télétransmission du détail des prestations Sécurité Sociale pour vos frais médicaux. Un message apparaîtra sur les décomptes transmis par votre Caisse d'Assurance Maladie. Conformément à la Commission Nationale Informatique des Lois et Libertés (loi du 06.01.78), vous pouvez renoncer à la télétransmission. Dans ce cas, veuillez nous le notifier par écrit.  
 \*\*à compléter si différent des éléments déjà transmis.

### Ayants droit à affilier (indiquez seulement les personnes que vous souhaitez inscrire sur votre contrat)

CONJOINT

MME  M  NOM  PRENOM   
 NOM DE JEUNE FILLE  Date de naissance (JJMMAAAA)   
 N° Sécurité sociale  Date d'effet de l'adhésion (JJMMAAAA)   
 Conjoint(e)  Concubin(e)  PACSé(e)   
 Régime Général  Régime Alsace-Moselle  Régime Agricole  Travailleur indépendant  autre   
 Bénéficiaire d'une autre complémentaire santé :  Oui  Non  
 Si oui, souhaite bénéficier de la télétransmission et du tiers payant avec la mutuelle :  Oui  Non  
 (si la réponse est oui, la télétransmission avec l'autre complémentaire santé sera annulée)  
**Si vous affiliez vos ayants droit ayant leur propre mutuelle, cochez la case «bénéficiant d'une autre mutuelle».**  
**ATTENTION : ils ne pourront bénéficier ni de la télétransmission ni du tiers payant avec la mutuelle. La mutuelle interviendra en complément de leur mutuelle.**

## Ayants droit à affilier (indiquez seulement les personnes que vous souhaitez inscrire sur votre contrat)

ENFANT(S) A CHARGE

Nom  Prénom   
N° Sécurité sociale  Lien de parenté <sup>(1)</sup>  Code Sécurité sociale <sup>(2)</sup>   
Liaison Noémie  Oui  Non Date de naissance (JJMMAAAA)

Nom  Prénom   
N° Sécurité sociale  Lien de parenté <sup>(1)</sup>  Code Sécurité sociale <sup>(2)</sup>   
Liaison Noémie  Oui  Non Date de naissance (JJMMAAAA)

Nom  Prénom   
N° Sécurité sociale  Lien de parenté <sup>(1)</sup>  Code Sécurité sociale <sup>(2)</sup>   
Liaison Noémie  Oui  Non Date de naissance (JJMMAAAA)

Nom  Prénom   
N° Sécurité sociale  Lien de parenté <sup>(1)</sup>  Code Sécurité sociale <sup>(2)</sup>   
Liaison Noémie  Oui  Non Date de naissance (JJMMAAAA)

Nom  Prénom   
N° Sécurité sociale  Lien de parenté <sup>(1)</sup>  Code Sécurité sociale <sup>(2)</sup>   
Liaison Noémie  Oui  Non Date de naissance (JJMMAAAA)

Pour les familles de plus de 5 enfants, vous pouvez compléter un autre bulletin que vous joindrez.

(1) Lien de parenté C : conjoint ou « assimilé » E : enfant à charge de l'adhérent ou de son conjoint

(2) Code SS - 1 : Régime Général - 2 : Régime Local - 3 : Régime Agricole - 4 : Travailleur indépendant - autre

Attention, si vous renoncez, vous devrez envoyer à la mutuelle les décomptes originaux de votre caisse de Sécurité sociale pour bénéficier des prestations complémentaires.

## Pièces à joindre obligatoirement

Avant de transmettre le bulletin d'affiliation, dûment rempli et signé, merci de joindre :  
le mandat SEPA complété et signé + un RIB pour le paiement des cotisations, la copie des attestations  
d'affiliation de Sécurité sociale, le certificat de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans.

## Informations légales

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 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  et téléphone , sauf si vous vous y opposez en cochant les cases ci-contre. 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 ou de portabilité de vos données personnelles, et pouvez décider de leur sort après 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 Protection des données - Data Protection Officer - de la Mutuelle par mail à l'adresse [dpo@mutex.fr](mailto:dpo@mutex.fr) ou par courrier postal adressé à « MUTEX - Service DPO - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex, 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 Fontenay - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07 ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

## Formalités

Je reconnais avoir reçu le descriptif des garanties du régime et atteste de l'exactitude des renseignements contenus dans ce document et m'engage à en signaler toute modification.

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document et m'engage à en signaler toute modification.

J'accepte que mon adhésion auprès de MUTEX prenne effet à la date d'effet de l'adhésion indiquée sur le présent bulletin et je reconnais avoir été informé du montant des cotisations dues.

J'autorise la mutuelle gestionnaire à prélever sur mon compte bancaire le montant des cotisations et je remplis et signe le mandat de prélèvement.

Fait à :  Le

CADRE RÉSERVÉ À L'ANCIEN SALARIÉ

CADRE RÉSERVÉ À L'ENTREPRISE

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »  
Je certifie complets et exacts les renseignements portés sur cette demande.

Cachet et signature du représentant de l'entreprise  
Je certifie complets et exacts les renseignements portés sur cette demande.

Adresse de retour du bulletin :

Code Postal  Commune  Pays