

**BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION LOI EVIN**

## Contrat collectif frais de santé

Entreprises relevant du régime frais de santé des Etablissements d’enseignement privés sous contrat (eep sante) (IDCC 3218,7520,9999)

### L’ETABLISSEMENT (à remplir par votre employeur)

Raison sociale .....

Adresse .....

N° SIRET (9 chiffres).....

### LE SALARIÉ (remplir toutes les zones)

Nom d’usage (d’époux/d’épouse) .....

Nom de naissance..... Prénom .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Numéro de Sécurité sociale (13 chiffres + clé 2 chiffres) .....

Date de naissance (JJ / MM / AAAA) ..... Téléphone mobile .....

Adresse mail .....

Catégorie socioprofessionnelle  Cadre  Employé Technicien Agent de Maitrise  Non Cadre

Autre (ex : vrp) .....

Contrat de travail  CDI  CDD <1 an  CDD ≥ 1 an  Autre

Votre nouvelle situation :  ancien salarié bénéficiaire d’une rente d’incapacité ou d’invalidité

ancien salarié privé d’emploi et bénéficiaire d’un revenu de remplacement

ancien salarié bénéficiaire d’une pension de retraite

Document à retourner à l’adresse suivante :  
Malakoff Humanis – Affiliations - TSA 77374 -  
34186 MONTPELLIER cedex 4

#### Malakoff Humanis Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale  
Siège : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181

#### Auxia Assistance

SA au capital de 1 780 000 € - Entreprise régie par le Code des assurances  
Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - 351 733 761 RCS Paris

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d’un droit de demander l’accès, la rectification ou l’effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d’un droit de vous opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à votre situation particulière, de limiter le traitement dont vous faites l’objet et d’un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par email à [dpo@malakoff-humanis.com](mailto:dpo@malakoff-humanis.com) ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d’informations, consulter notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

## LES BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

### COCHEZ LES CASES UTILES

Les bénéficiaires du contrat disposent-ils de :

Pour bénéficier des garanties du contrat ci-après, les bénéficiaires doivent répondre à la définition rappelée à la notice d'information, être renseignés dans le tableau ci-dessous et les cotisations les concernant doivent être réglées.

		Autre mutuelle	Complémentaire santé solidaire
Salarié	Compléter les informations ci-contre et le cas échéant ci-dessous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjoint	Nom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prénom ..... né(e) le (JJ / MM / AAAA) .....		
	N° SS (13 chiffres + clé 2 chiffres) .....		
Enfant	Nom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prénom ..... né(e) le (JJ / MM / AAAA) .....		
	N° SS (13 chiffres + clé 2 chiffres) .....		
Enfant	Nom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prénom ..... né(e) le (JJ / MM / AAAA) .....		
	N° SS (13 chiffres + clé 2 chiffres) .....		
Enfant	Nom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prénom ..... né(e) le (JJ / MM / AAAA) .....		
	N° SS (13 chiffres + clé 2 chiffres) .....		
Enfant	Nom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prénom ..... né(e) le (JJ / MM / AAAA) .....		
	N° SS (13 chiffres + clé 2 chiffres) .....		

**Noémie** : Les bénéficiaires (ou leur représentant légal) autorisent le gestionnaire à établir une liaison directe (échanges NOEMIE) avec leur Caisse de Sécurité sociale. Ainsi, les remboursements des frais médicaux complémentaires s'effectueront automatiquement **sauf s'ils bénéficient déjà d'une première mutuelle ou s'ils refusent ce service en le notifiant par écrit sur papier libre.**

## LE CONTRAT SANTÉ

### A Contrat complémentaire

Indiquez la date d'effet de l'affiliation souhaitée ..... | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ | |

Je demande le maintien de mon contrat

Je demande le maintien de :

mon conjoint (ou concubin ou pacsé)

mon/ mes enfant(s)

### Malakoff Humanis Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale, Siège : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181

### Auxia Assistance

SA au capital de 1 780 000 € - Entreprise régie par le Code des assurances, Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - 351 733 761 RCS Paris

Montant des cotisations mensuelles :

	Régime socle		Garanties Optionnelles (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
Salarié	39,90 €	24,10 €	+ 10,40 €	+ 27,00 €	+ 37,40 €
Conjoint	44,00 €	26,50 €			
Enfant <sup>(1)</sup>	22,00 €	13,40 €	+ 5,80 €	+ 14,60 €	+ 20,60 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3<sup>ème</sup> enfant affilié.

La cotisation est à votre charge. Son montant, en vigueur à la date d'effet de l'affiliation vous sera communiqué par votre employeur ainsi que les évolutions périodiques y afférant.

Quel est le mode de paiement choisi :  chèque  virement  prélèvement

Si J'opte pour le prélèvement quelle est la périodicité de prélèvement choisie :  mensuelle  trimestrielle  annuelle

Les informations collectées sont toutes nécessaires pour Malakoff Humanis Prévoyance, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable de traitement, pour l'établissement et la gestion de votre dossier.

- Je certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées au présent bulletin individuel d'affiliation (Cochez la case)
- Je déclare avoir reçu un exemplaire de la notice d'information référencées MHP-12944\_2103 du contrat précité et des Conditions Générales valant notice d'information dénommées « ASSISTANCE SANTE A DOMICILE » référencées « Convention n°753734 ». (Cochez la case)

Fait à .....

Le |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|\_|\_|

Signature du salarié

## PIECES A JOINDRE À VOTRE BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION AU CONTRAT SANTE

- un relevé d’identité bancaire (RIB) pour le versement de vos prestations (NB. un seul RIB par famille).
- Un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé pour le règlement des cotisations y afférent si vous avez choisi ce mode de paiement.

### Pour l’ensemble des bénéficiaires :

- **la photocopie de l’attestation carte vitale délivrée par la Sécurité sociale,**

### Pour les partenaires des PACS et concubins :

- une déclaration sur l’honneur signée des deux partenaires ou concubin.

### Pour les enfants à charge qui ne figurent pas sur votre attestation carte vitale :

Une copie :

- du certificat de scolarité de l’année en cours ou de la carte d’étudiant (à renouveler chaque année),
- du contrat d’apprentissage ou d’alternance ou de qualification mentionnant le montant de la rémunération,
- d’une attestation d’inscription à Pôle emploi,
- de la carte d’invalidité ou de la notification d’attribution de l’allocation d’enfant ou d’adulte handicapé.

**L’assureur se réserve la possibilité  
de demander toute pièce complémentaire que la situation de l’assuré exigerait.**