

VEILLEZ À COMPLÉTER LE PRÉSENT BULLETIN ET À LE REMETTRE
À VOTRE EMPLOYEUR AVEC L'ENSEMBLE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES
INDIQUÉES EN ANNEXE.

Numéro d'adhérent : _____

Affiliation

Date de la demande* : _____

Modification Date de la demande* : _____

Modifications administratives** Ajout ou radiation d'ayant(s)-droit Changement d'options

Radiation d'un salarié

* la date de la demande permet de déterminer la date d'effet selon les conditions fixées par la Notice d'Information

** Sous réserve de la production de documents justificatifs.

INFORMATIONS

IDENTIFICATION ENTREPRISE (À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR)

Raison sociale : _____

N° Contrat : _____

Garanties obligatoires souscrites par l'entreprise :

Socle de base Base + Option 1 Base + Option 2

Bénéficiaires couverts à titre obligatoire :

Salarié Seul Salarié et Ayants-droit

Cotisations du régime :

Régime Général

| | | Salarié | Conjoint** | Enfant** |
|---|---------------------------|----------|------------|----------|
| Si vous souscrivez la garantie « Base » à titre obligatoire | | 1,332 % | 1,45 % | 0,66 % |
| Dans le cadre du régime optionnel | Pour accéder à l'Option 1 | + 0,35 % | + 0,35 % | + 0,18 % |
| | Pour accéder à l'Option 2 | + 0,74 % | + 0,74 % | + 0,36 % |
| Si vous souscrivez la garantie « Option 1 » à titre obligatoire | | 1,652 % | 1,77 % | 0,82 % |
| Dans le cadre du régime optionnel | Pour accéder à l'Option 2 | + 0,39 % | + 0,39 % | + 0,18 % |
| Si vous souscrivez la garantie « Option 2 » à titre obligatoire | | 2,002 % | 2,12 % | 0,99 % |

Régime Local

| | | Salarié | Conjoint** | Enfant** |
|---|---------------------------|----------|------------|----------|
| Si vous souscrivez la garantie « Base » à titre obligatoire | | 0,801 % | 0,87 % | 0,40 % |
| Dans le cadre du régime optionnel | Pour accéder à l'Option 1 | + 0,35 % | + 0,35 % | + 0,18 % |
| | Pour accéder à l'Option 2 | + 0,74 % | + 0,74 % | + 0,36 % |
| Si vous souscrivez la garantie « Option 1 » à titre obligatoire | | 1,121 % | 1,19 % | 0,56 % |
| Dans le cadre du régime optionnel | Pour accéder à l'Option 2 | + 0,39 % | + 0,39 % | + 0,18 % |
| Si vous souscrivez la garantie « Option 2 » à titre obligatoire | | 1,471 % | 1,54 % | 0,73 % |

* PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. ** Les ayants droit bénéficient du même niveau de garanties que le salarié

IDENTIFICATION SALARIÉ

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

N° de Sécurité sociale : _____ Date de naissance : _____

Catégories : Cadres Non Cadres

IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES

Pour votre affiliation et celle de vos ayants-droit, merci de compléter le tableau ci-dessous :

| Adhésion | Radiation | Nom | Prénom | Lien ⁽¹⁾ | N° Sécurité sociale | Date de naissance | Connexion NOEMIE ⁽²⁾ |
|----------------------------|----------------------------|-----|--------|---------------------|---------------------|-------------------|---|
| <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> R | | | | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> R | | | | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> R | | | | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> R | | | | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> R | | | | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> R | | | | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

⁽¹⁾ Lien de parenté - ⁽²⁾ Télétransmission des décomptes : cocher «oui» ou «non»

IMPORTANT :

En cas de radiation des effectifs de votre entreprise, vous devrez retourner à la mutuelle gestionnaire sans délai votre carte de tiers payant.

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

| | |
|--|--|
| Adhérent | Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale. Relevé IBAN du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations. Le cas échéant, RIB (ou RIP) du compte bancaire ou postal et mandat SEPA pour le paiement des cotisations facultatives. |
| Conjoint | Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale. |
| Concubin | Photocopie d'un justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture énergétique, d'un avis d'imposition... Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale. |
| Partenaire de PACS | Photocopie du pacte civil de Solidarité ou attestation d'inscription au Registre du greffe du Tribunal d'Instance. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale. |
| Enfant de moins de 18 ans affilié au régime de Sécurité sociale d'un de ses parents | Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale du salarié ou de son conjoint ou concubin ou partenaire de PACS justifiant de la qualité d'ayant droit. |
| Enfant de moins de 26 ans, étudiant | Photocopie du certificat de scolarité ou copie de la carte étudiant de l'année en cours. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale. |
| Enfant de moins de 26 ans en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation | Photocopie du contrat d'apprentissage ou de formation en alternance. Photocopie du dernier bulletin de salaire. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale. |
| Enfant de moins de 26 ans demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi, dans la limite de 12 mois. | Photocopie du contrat de scolarité de la dernière année d'étude. Photocopie de l'attestation d'inscription à Pôle Emploi. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale. |
| Enfant célibataire rattaché fiscalement au foyer de ses parents | Photocopie de l'avis d'imposition. Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale. |
| Enfant atteint d'une infirmité l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon la réglementation Sécurité sociale) | Photocopie de la notification d'invalidité ou décision de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées). |

GARANTIES FACULTATIVES (À COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ)

- En complément des garanties souscrites à titre obligatoire par mon employeur, je souhaite :
 - étendre ces garanties à mes ayants droit
 - améliorer ces garanties en souscrivant à titre facultatif pour moi-même et mes ayants-droit :

| | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------|
| Si votre entreprise a choisi la garantie obligatoire : | Base | Option 1 | Option 2 |
| Vous pouvez choisir de souscrire à la(aux) garantie(s) facultative(s) suivante(s) : (Cochez la case de votre choix) | <input type="checkbox"/> Option 1 | <input type="checkbox"/> Option 2 | |
| | <input type="checkbox"/> Option 2 | | |

CHANGEMENT DE SITUATION DU SALARIÉ

CHANGEMENT DE GARANTIE FACULTATIVE

- **Changement de garantie :**
Je demande à souscrire, pour moi-même et mes ayants droit, la garantie facultative :

| | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------|
| Si votre entreprise a choisi la garantie obligatoire : | Base | Option 1 | Option 2 |
| Vous pouvez choisir de souscrire à la(aux) garantie(s) facultative(s) suivante(s) : (Cochez la case de votre choix) | <input type="checkbox"/> Option 1 | <input type="checkbox"/> Option 2 | |
| | <input type="checkbox"/> Option 2 | | |

- **Résiliation de garantie :**
Je demande la résiliation, pour moi-même et mes ayants droit, de la garantie facultative :

Option 1 Option 2

Le changement ou la résiliation de la garantie facultative prendra effet dans les conditions précisées par la Notice d'Information

MODIFICATION ADMINISTRATIVE

- Nouvelle adresse, telle que précisée en première page du présent document** (NB : si changement de département, joindre la copie de l'attestation Vitale à jour).
- Changement de régime, de n° de Sécurité sociale ou de caisse d'affiliation** (joindre la photocopie de l'attestation Vitale à jour)
- Changement de nom** (joindre un justificatif : copie de l'acte de mariage, de divorce...)
- Changement de coordonnées bancaires.** Joindre obligatoirement le nouveau RIB.

DEMANDE DE MAINTIEN DE GARANTIE EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL SANS INDEMNISATION

Date d'effet : _____

Je demande le maintien de mes garanties, pour moi-même et mes ayants droit, pendant la durée de suspension de mon contrat de travail (les conditions du maintien sont précisées dans la notice d'information)

Le cas échéant, en cas de participation patronale, préciser son montant : _____

Joindre obligatoirement un RIB accompagné d'un mandat SEPA si paiement des cotisations par prélèvement.

DEMANDE DE RADIATION D'UN SALARIÉ DE L'ENTREPRISE (À COMPLÉTER PAR L'ENTREPRISE)

Date de suspension ou de fin du contrat de travail : _____

■ **MOTIF** (un seul choix possible) :

Suspension du contrat de travail non indemnisée et sans maintien de garantie.

Nature de la suspension (à préciser) : _____

Départ en retraite

Décès du salarié (joindre un acte de décès) / Date du décès : _____

■ **Fin du contrat de travail pouvant ouvrir droit à portabilité :**

Date d'embauche du salarié : _____

Licenciement (sauf faute lourde)

Fin de CDD

Démission pour suivi du conjoint

Rupture conventionnelle

■ **Autre fin de contrat de travail sans droit à portabilité :**

Licenciement pour faute lourde

Démission (hors suivi du conjoint)

Autre motif de fin de contrat de travail

(à préciser) : _____

FORMALITÉS

Je reconnais avoir reçu un exemplaire des statuts de la mutuelle, du Document d'Information sur le Produit d'Assurance (DIPA), de la notice d'information des garanties souscrites, du tableau de garanties frais de santé, de la notice d'information de la garantie assistance IMA. Je certifie avoir pris connaissance des dispositions de ces documents et avoir été informé de l'ensemble de mes droits et obligations. Je certifie l'exactitude de l'ensemble des informations renseignées dans le présent document et le mandat SEPA associé. J'autorise, le cas échéant, mon employeur à prélever sur mon salaire le montant de la part salariale de la cotisation. J'accepte la mise en ligne des données me concernant dans l'espace adhérents du site Internet de la mutuelle. Ces données sont sécurisées et ne sont consultables que par moi-même après identification par mot de passe et code d'accès.

Fait à : _____ Le : _____

Signature du salarié :

Cachet de l'entreprise

Dans le cadre de votre adhésion, vous confiez à Eovi-Mcd Mutuelle des données personnelles vous concernant ou concernant vos ayants droit (en particulier des données de santé). Aussi, conformément à la réglementation en vigueur (Règlement général sur la protection des données, dit « RGPD », du 27 avril 2016 et Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée en dernier lieu par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), nous avons adopté une politique de protection de ces données. Cette politique est formalisée dans notre Charte de protection des données à caractère personnel, disponible sur notre site internet : www.eovi-mcd.fr ainsi qu'en agence, sur simple demande.

Cette charte vous permettra ainsi de prendre connaissance :

- des catégories de données personnelles que nous sommes susceptibles de collecter, en particulier des données de santé qui font l'objet d'une vigilance particulière en termes de sécurité ;
- de l'utilisation qui peut être faite de ces données (finalités de traitement) ;
- des raisons qui peuvent nous conduire à partager vos données avec des tiers (délégués de gestion, partenaires, intermédiaires, etc.) ;
- du cadre dans lequel vos données peuvent nécessiter un transfert hors de l'Union Européenne ;
- des durées de conservation applicables à vos données personnelles (en fonction de leur nature et de la finalité de leur traitement) ;
- des droits dont vous disposez sur vos données conformément à la réglementation applicable et des moyens pour vous en prévaloir y compris en cas de réclamation ;
- des mesures que nous prenons pour assurer une sécurité optimale de vos données et des procédures que nous mettons en œuvre en cas d'incident affectant ces données.

Vous disposez du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr), et vous pouvez à tout moment refuser le démarchage par voie électronique. Pour toute information ou exercice de vos droits sur les traitements de données personnelles effectués par Eovi-Mcd Mutuelle, vous pouvez contacter notre Délégué à la Protection des Données (DPO) en accompagnant votre demande d'une copie d'un titre d'identité comportant votre signature (carte d'identité, passeport), soit en envoyant un mail à : eovi-mcd.dpo@eovi-mcd.fr, soit par courrier à l'adresse suivante : Eovi-Mcd Mutuelle - Groupe AÉSIO, Délégué à la Protection des Données, 25 place de la Madeleine 75008 PARIS.

Le contrat est coassuré par ADREA Mutuelle - APREVA Mutuelle, Eovi-MCD Mutuelle et Malakoff Humanis Prévoyance. Organismes présentés dans la notice d'information.

Eovi MCD MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité - Immatriculée sous le n° 317 442 176 - Siège social: 173 rue de Bercy - CS 31802 - 75584 PARIS Cedex 12. Assureur de la garantie assistance : IMA Assurance Société Anonyme au capital de 5 000 000 euros, entreprise régie par le Code des Assurances - RCS Niort n°481.511.632 - 118 avenue de Paris - 79000 NIORT.