

## BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION DU SALARIÉ

**Votre employeur a souscrit la BASE + OPTION 1**

<input type="checkbox"/> <b>Affiliation</b> Date d'effet : _____	<input type="checkbox"/> <b>Modification</b> Date d'effet : _____ <input type="checkbox"/> <b>Modifications administratives*</b> <input type="checkbox"/> <b>Ajout ou radiation d'ayant(s)-droit**</b> <input type="checkbox"/> <b>Changement d'options</b>
---	--

\*sous réserve de la production des justificatifs prévus

\*\*merci de compléter la partie identification du bénéficiaire

### 1 - INFORMATIONS

#### RELATIVES AU SALARIÉ\*

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'entreprise : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

N° Sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Situation de Famille:  Marié(e)  Célibataire  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Concubin(e)  Pacsé(e)

Régime Sécurité Sociale:  Régime Général  Régime Alsace-Moselle

\*Données indispensables (sauf Email et téléphone)

#### RELATIVES À VOTRE EMPLOYEUR

Raison sociale de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de contrat et/ou SIRET : \_\_\_\_\_

### 2 - GARANTIES ET TAUX DE COTISATIONS

#### BASE + OPTION 1

Votre entreprise a souscrit la **BASE + OPTION 1** pour vous-même, votre part de cotisation est prélevée sur votre salaire.

Je choisis d'affilier à titre facultatif, moyennant une cotisation supplémentaire à ma charge exclusive :

Mon conjoint (ou concubin ou pacsé)  Mes enfant(s)

Montant des cotisations facultatives mensuelles :

% PMSS	Régime Général	Régime Local
Conjoint	1,79 %	1,27 %
Enfant <sup>(1)</sup>	0,87 %	0,61 %

<sup>(1)</sup> Gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant - Valeur du PMSS en 2020 : 3428 €

#### Régimes optionnels

En complément, je choisis d'améliorer mes garanties en souscrivant à l'**option 2** à titre facultatif moyennant une cotisation supplémentaire à ma charge exclusive.

J'ai noté que mes ayants droit doivent bénéficier des mêmes garanties que moi-même.

Cotisations additionnelles au régime de base :

% PMSS	Option 2
Par adulte	+ 0,39 %
Par enfant <sup>(1)</sup>	+ 0,18 %

<sup>(1)</sup> Gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant - Valeur du PMSS en 2020 : 3428 €

Les cotisations sont intégralement à votre charge et seront prélevées mensuellement directement sur votre compte bancaire par la mutuelle. Vous devrez joindre un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé.

### 3 - IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES (Marié, Pacsé, Concubin, Enfant à charge)

A compléter si vous avez choisi d'affilier vos ayant-droits.

	Nom	Prénom	Lien de parenté <sup>(1)</sup>	N° de Sécurité sociale
Bénéficiaire 1	_____	_____	_____	_____
Bénéficiaire 2	_____	_____	_____	_____
Bénéficiaire 3	_____	_____	_____	_____
Bénéficiaire 4	_____	_____	_____	_____
Bénéficiaire 5	_____	_____	_____	_____

	Date de naissance	Code Ss <sup>(2)</sup>	Connexion NOEMIE <sup>(3)</sup>
Bénéficiaire 1	_____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Bénéficiaire 2	_____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Bénéficiaire 3	_____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Bénéficiaire 4	_____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Bénéficiaire 5	_____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

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

<sup>(2)</sup> Code Ss - 1 : Régime Général - 2 : Régime Local - 3 : Travailleur indépendant - 4 : Régime étudiant - 5 : autre

<sup>(3)</sup> Télétransmission des décomptes : cocher «oui» ou «non».

### 4 - PIÈCES JUSTIFICATIVES à joindre à votre demande d'affiliation

QUALITÉ DU BÉNÉFICIAIRE	PIÈCES JUSTIFICATIVES (COPIES)
Salarié / Conjoint / Enfant à charge de - 28 ans	- Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (vitale).
Salarié	- Livret de famille, s'il y a des ayants droit non à charge au sens de la Sécurité sociale, - Relevé d'Identité Bancaire du compte sur lequel vous désirez percevoir les prestations, - Pour les options facultatives individuelles : une autorisation de prélèvement SEPA.
Concubin, Partenaire de PACS	- Justificatif de vie commune (quittance loyer , facture EDF, ect.) ou convention de PACS.
Enfant âgé de moins de 28 ans :	
- étudiant	- Certificat de scolarité
- en alternance	- Contrat d'apprentissage ou de professionnalisation
- à la recherche d'un 1 <sup>er</sup> emploi inscrit à Pôle Emploi	- Attestation d'inscription à Pôle Emploi
Enfant en situation de handicap avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %	- Tout document justificatif (notification de l'invalidité, attestation versement de l'AES, AAH, AHH...)

## 5 - FORMALITÉS

« Je certifie avoir reçu et pris connaissance des statuts de la mutuelle, de la notice d'information et du document d'information sur le produit d'assurance. »

« J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations mentionnées au présent bulletin d'adhésion. »

« J'autorise à prélever sur mon compte bancaire le montant de ces cotisations et je remplis et signe le mandat de prélèvement SEPA joint. »

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature du salarié :

Cachet de l'entreprise et signature de son représentant légal :

## 6 - BULLETIN À RETOURNER À

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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](http://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 (délégataires 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](http://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](mailto: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.

«Les conseillers distribuant les produits et services perçoivent une rémunération fixe qui peut être complétée d'une rémunération variable liée à l'atteinte d'objectifs individualisés.»

Informations relatives aux procédures de réclamation et au recours à un processus de médiation disponibles auprès de votre agence ou sur notre site internet : [www.eovi-mcd.fr](http://www.eovi-mcd.fr) (formulaire de contact à remplir depuis l'espace Adhérent) ou par téléphone : 09 69 32 22 56.

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.»



Eovi Mcd Mutuelle – Groupe AÉSIO

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.

### Organismes coassureurs des garanties :

MUTEX, siège social : 140 Avenue de la République - 92327 CHATILLON Cedex - RCS Nanterre n° 529 219 040 - Adréa Mutuelle, siège social : 25 place de la Madeleine - 75008 PARIS - Siren 311 799 878 - Apréva, siège social : 30 avenue Denis Cordonnier 59000 LILLE - Siren 775 627 391 - Eovi-MCD Mutuelle, siège social : 173 rue de Bercy - CS 31802 - 75584 PARIS Cedex 12 - Siren 317 442 176 - HARMONIE MUTUELLE, siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris - Siren 538 518 473 - Mutuelle OCIANE MATMUT, siège social : 35 rue Claude Bonnier 33054 Bordeaux Cedex - Siren : 434 243 085 (les mutuelles susmentionnées sont soumises aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité) - Malakoff Médéric Prévoyance - Siren 775 691 181 - 21 rue Laffitte 75009 Paris (Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale).