

A COMPLÉTER ET À ADRESSER À VOTRE MUTUELLE
AVEC L'ENSEMBLE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES INDIQUÉES
EN ANNEXE À L'ADRESSE SUIVANTE :

INFORMATIONS EMPLOYEUR

Raison sociale de l'entreprise : _____

Adresse du siège social : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Adresse de correspondance si différente du siège social : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° Contrat : _____

Forme juridique : _____ N° SIRET : _____ Code NAF : _____

DATE D'EFFET D'ADHÉSION

Date de départ à la retraite, de début de congé, de rupture
du contrat de travail ou du décès :

SITUATION

- Retraité
- Ancien salarié en incapacité ou invalidité ou privé d'emploi
et bénéficiaire d'un revenu de remplacement
- Ayant(s) droit d'un salarié décédé

COTISATION À CHARGE DE L'ANCIEN SALARIÉ

Les personnes relevant du champ d'application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (Loi Evin), se voient appliquer les tarifs des actifs la première année suivant la date d'effet de leur adhésion. Ces tarifs évolueront par la suite dans les conditions fixées par le décret n°2017-372 du 21 mars 2017.

* : les taux de cotisations présentés sont les taux d'appel du régime, appliqués par les organismes assureurs labellisés par la branche (taux d'appel= 95% du taux contractuel).

Ainsi les taux de cotisations pour la 1^{ère} année d'adhésion au régime accueil sont les suivants :

	COTISATION MENSUELLE*									
	Régime Général					Régime Local				
	Ancien Salarié	Conjoint d'un salarié décédé	Enfant d'un salarié décédé	Conjoint	Enfant	Ancien Salarié	Conjoint d'un salarié décédé	Enfant d'un salarié décédé	Conjoint	Enfant
Régime conventionnel R1	0,87 % PMSS*	0,87 % PMSS*	0,59 % PMSS*	1,39 % PMSS	0,77 % PMSS	0,56 % PMSS*	0,56 % PMSS*	0,38 % PMSS*	0,90 % PMSS	0,49 % PMSS
Régime conventionnel R1 + Option R2	1,11 % PMSS*	1,11 % PMSS*	0,73 % PMSS*	1,72 % PMSS	0,96 % PMSS	0,73 % PMSS*	0,73 % PMSS*	0,48 % PMSS*	1,14 % PMSS	0,62 % PMSS
Régime conventionnel R1 + Option R3	1,25 % PMSS*	1,25 % PMSS*	0,83 % PMSS*	1,92 % PMSS	1,08 % PMSS	0,85 % PMSS*	0,85 % PMSS*	0,56 % PMSS*	1,30 % PMSS	0,73 % PMSS

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale

IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES

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

Nom	Prénom	Lien ⁽¹⁾	N° Sécurité sociale	Date de naissance	Rang ⁽²⁾	Connexion NOEMIE ⁽³⁾
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

⁽¹⁾ Lien de parenté - ⁽²⁾ Rang de naissance - ⁽³⁾ Télétransmission des décomptes : cocher «oui» ou «non»

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. RIB (ou RIP) du compte bancaire ou postal et mandat SEPA pour le paiement des cotisations.
Conjoint	Photocopie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale s'il est lui-même assuré social.
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 s'il est lui-même assuré social.
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 s'il est lui-même assuré social.
Enfant de 18 à 27 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 18 à 27 ans en contrat d'apprentissage ou formation en alternance	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 18 à 27 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 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).

FORMALITÉS

Fait à : _____ Le : _____

Signature de l'assuré :

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 les conditions générales et 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.