

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

Numéro d'adhérent : _____

Affiliation

Date de la demande* : _____

Modification Date de la demande* : _____

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

* 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

Raison sociale : _____

N° Contrat : _____

IDENTIFICATION BÉNÉFICIAIRE

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

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

Situation : Ancien(ne) salarié(e)

Ayant(s)-droit de l'assuré décédé

Date de rupture du contrat de travail ou de départ à la retraite ou de décès : _____

NB : Seuls peuvent demander à adhérer :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, pour eux-mêmes et le cas échéant pour leurs ayants droit, à condition d'être couverts par le régime frais de santé de l'entreprise à la date de la rupture du contrat de travail, ou à la date de fin de la portabilité. La demande de maintien doit être faite dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail ou la fin de la portabilité.

- ou les ayants droit d'un salarié décédé couverts par le régime frais de santé de l'entreprise à la date du décès. La demande de maintien doit être faite dans les six mois suivant le décès. La demande de maintien de garantie porte exclusivement sur le niveau de couverture «frais de santé» dont le demandeur bénéficiait au moment de la sortie du régime collectif de l'entreprise.

IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES

Pour votre affiliation et celle de vos ayants-droit ou pour la radiation de ces derniers, 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, 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. RIB ou IBAN du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations. RIB (ou RIP) ou IBAN du compte bancaire ou postal et mandat SEPA pour le paiement des cotisations.
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).

Certaines pièces justificatives ont une durée de validité d'un an. Votre mutuelle vous demandera de lui transmettre les justificatifs afin de prolonger les droits de vos enfants à charge. Elle se réserve par ailleurs le droit de réclamer toutes autres pièces justificatives complémentaires.

COTISATION(S) MENSUELLE(S) À CHARGE DE L'ANCIEN SALARIÉ

EVIN						
Retraités ou pré-retraités ou anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou d'un revenu de remplacement ou anciens salariés post portabilité ANI ou ayants-droit d'un salarié décédé**						
	Cotisations en % du PMSS ⁽¹⁾	Ancien Salarié ou ayants droit de salarié décédé **			Conjoint	Enfant*
		Année 1	Année 2	Années 3 et suivantes		
RÉGIME GENERAL	BASE	1,53 %	1,91 %	2,29 %	2,29 %	0,65 %
	BASE + OPTION 1	1,74 %	2,17 %	2,61 %	2,62 %	0,78 %
	BASE + OPTION 2	1,98 %	2,47 %	2,97 %	3,04 %	0,89 %
RÉGIME LOCAL	BASE	1,04 %	1,30 %	1,56 %	1,56 %	0,42 %
	BASE + OPTION 1	1,25 %	1,56 %	1,87 %	1,89 %	0,56 %
	BASE + OPTION 2	1,49 %	1,86 %	2,23 %	2,29 %	0,66 %

⁽¹⁾ Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur * Gratuité à compter du 3^{ème} enfant ** Les cotisations à la charge des ayants-droit d'un salarié décédé sont identiques à celles de l'ancien salarié pour le conjoint et restent inchangées pour l'enfant.

MODE DE PAIEMENT ET PÉRIODICITÉ

Mode de paiement : Chèque Prélèvement

Périodicité : mensuelle (prélèvement uniquement) trimestrielle annuelle

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 (ou RIP) ou IBAN.

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'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.

Oui, j'accepte de recevoir à des fins de prospection commerciale, les avantages des partenaires d'Eovi-Mcd Mutuelle par :

SMS par E-mail

Fait à : _____ Le : _____

Signature de l'ancien salarié :

Protection des données personnelles :

Dans le cadre de votre adhésion, vous confiez à ADREA Mutuelle et ses partenaires des données personnelles vous concernant ou concernant vos ayants droit (en particulier des données de santé).

ADREA Mutuelle, responsable du traitement, traite vos données pour l'exécution de votre contrat. Celles-ci seront conservées le temps nécessaire pour répondre aux finalités des traitements.

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), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, d'un droit à la portabilité et d'un droit à la limitation du traitement de vos données, ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de vos données après votre décès. Pour plus d'informations sur vos droits, nous vous invitons à consulter la charte de protection des données à caractère personnel : <https://www.adrea.fr/protection-donnees>

Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) :

· soit en envoyant un mail à : adreamutuelle.dpo@adrea.fr

· soit par courrier à l'adresse suivante : MUTUELLE - Groupe AÉSIO, Délégué à la Protection des Données, 25 place de la Madeleine 75008 PARIS.

En cas de réclamation relative à vos données à caractère personnel, il vous est possible de saisir la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) www.cnil.fr ; 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Vous disposez également 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

Assureur du contrat :

ADRÉA MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Immatriculée sous le n° 311 799 878 - Siège social : 25 place de la Madeleine - 75008 PARIS.

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.

Distributeur des garanties :

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.