



**BULLETIN D’AFFILIATION DU SALARIÉ**

**Contrats collectifs frais de santé du Groupe Assomption**

Entreprises relevant de la convention collective nationale des Établissements d’enseignement privé

TARIF ADULTE / ENFANT

**L’ENTREPRISE (à remplir par votre employeur)**

Raison sociale .....

N° SIRET .....

Qualité du signataire .....

Fait à .....

Le .....

Signature et/ou cachet de l’employeur

**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) .....

**Document à retourner à l’adresse suivante :**  
Malakoff Humanis – Affiliation - 45777 SARAN CEDEX  
tél. 09 69 32 33 47

**Malakoff Humanis Prévoyance**  
Institution de prévoyance régie par le livre IX du code de la sécurité sociale  
Siège social : 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 pour motifs légitimes, 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@malakoffmederic-humanis.com](mailto:dpo@malakoffmederic-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 CONTRATS SANTÉ

### A Contrat « socle » obligatoire

Indiquez la date d'effet de l'affiliation souhaitée (JJ / MM / AAAA) .....

**Ce contrat s'applique uniquement au salarié de l'entreprise mentionnée ci-avant.**

### B Contrat surcomplémentaire obligatoire

Afin d'améliorer vos garanties, vous serez également affilié(e) au contrat surcomplémentaire obligatoire souscrit par votre entreprise.

La date d'effet de l'affiliation sera identique à celle du régime « socle » obligatoire mentionnée au paragraphe « A ».

Ce contrat s'applique uniquement au salarié de l'entreprise mentionnée ci-avant.

### C Contrats « socle » et « surcomplémentaire » facultatifs

Pour étendre vos garanties aux membres de votre famille, vous pouvez vous affilier aux contrats « socle » et surcomplémentaire facultatifs souscrits par votre entreprise en remplissant les informations requises dans le tableau ci-dessus et en cochant la case ci-avant.

Indiquez la date d'effet de l'affiliation souhaitée (JJ / MM / AAAA) .....

La cotisation est à votre charge et sera prélevée mensuellement directement sur votre compte bancaire

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.

#### COCHEZ LES CASES UTILES

Les bénéficiaires du contrat disposent-ils de :

## LES BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties du (des) contrat(s) 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           | CMU C                    | ACS                      |
|----------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Salarié  | Compléter les informations ci-contre et le cas échéant ci-dessous | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conjoint | Nom .....   | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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.**



Les informations collectées sont toutes nécessaires pour 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 d'affiliation du salarié et j'ai bien noté que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation par l'assureur entraîne la nullité de l'assurance sous réserve que Malakoff Humanis justifie de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées à ce titre demeureront acquises à l'Institution. (Cochez la case).
- Je déclare avoir reçu un exemplaire de la notice d'information du contrat précité. (Cochez la case)

Fait à .....  
Le .....

Signature du salarié

## PIECES A JOINDRE A VOTRE BULLETIN D'AFFILIATION AU CONTRAT SANTE

### Pour l'ensemble des bénéficiaires :

- un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement de vos prestations (NB. Un seul RIB par famille).
- **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 :

- du certificat de scolarité de l'année en cours (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.

Le cas échéant :

- une attestation sur l'honneur complétée, datée et signée, précisant qu'ils sont bien fiscalement à charge au sens du(des) contrat(s)

### Si vous vous affiliez à un contrat facultatif :

- Un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé pour le règlement des cotisations y afférent.

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

#### Malakoff Humanis Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le livre IX du code de la sécurité sociale  
Siège social : 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

RUM 

Réservé à notre organisme



## TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom - Prénom Raison Sociale Adresse Code postal  Ville Pays 

Réservé à notre organisme

Code Identifiant du débiteur

## COMMENT REMPLIR CE MANDAT

- 1- Complétez le présent document en précisant :
  - vos nom et adresse
  - les références du compte à débiter
- 2- Si vous payez pour une tierce personne, remplissez le cadre "TIERS DÉBITEUR",
- 3- Datez et signez,
- 4- Retournez cet imprimé accompagné obligatoirement de votre Relevé d'Identité Bancaire\*.

**Malakoff Médéric Humanis**  
348 rue Puech Villa  
BP 7209 - Parc Euromédecine  
34 183 Montpellier cedex 4

\* Le prélèvement sur livret est rejeté.

## COMPTE À DÉBITER

Numéro d'identification international du compte bancaire - **IBAN**Code international d'identification de votre banque - **BIC**Type de paiement :  Récurrent

## TIERS DÉBITEUR (si différent du titulaire du compte à débiter)

Renseignez les coordonnées de la personne (ou de l'entreprise) pour laquelle vous payez.

Nom - Prénom Adresse Code postal  Ville Pays 

## CRÉANCIER

Humanis Prévoyance

29, boulevard Edgar Quinet - 75014 Paris - France

Identifiant Créancier SEPA-ICS : FR27ZZZ427003

## ENGAGEMENT

En signant ce mandat, vous autorisez notre organisme à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de notre organisme.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant ce mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

À  le  Signature (et cachet de l'entreprise le cas échéant)