



BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION des retraités et ex-salariés

Contrat collectif complémentaire santé à adhésion facultative souscrit au profit des retraités et ex-salariés SNCF - Régime frais de santé

Demande : Adhésion ou Modification d'adhésion

Date d'effet (JJ / MM / AAAA)

L'assuré (remplir toutes les zones)

Statutaire Contractuel

Anciens salariés retraités Conjoint d'un assuré décédé Enfant(s) à charge d'un assuré décédé à l'issue du maintien 12 mois
 Ex-salariés bénéficiaires d'un revenu de remplacement Personnel en invalidité ou incapacité dont le contrat de travail est rompu

N° Assuré (à indiquer si demande de modification) :

Civilité : M. Mme Nom de naissance :

Nom d'usage (d'époux/d'épouse) : Prénom :

Date de naissance (JJ / MM / AAAA)

Numéro de Sécurité sociale (13 chiffres + clé 2 chiffres)

Régime de Sécurité sociale : Général Local Alsace-Moselle Spécial Autre (à préciser)

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

Rés, Bât, Appt :

N° : Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Adresse mail :

Choix de ma couverture

Je choisis mon niveau de couverture.

Garanties socle formule 1

Garanties socle formule 1 + surcomplémentaire responsable générale

Garanties socle formule 1 + surcomplémentaire non responsable ciblée honoraires

Garanties socle formule 1 + surcomplémentaire non responsable ciblée honoraires et optique

Garanties socle formule 1 + surcomplémentaire responsable générale + surcomplémentaire non responsable ciblée honoraires

Garanties socle formule 1 + surcomplémentaire responsable générale + surcomplémentaire non responsable ciblée honoraires et optique

Garanties socle formule 2

Garanties socle formule 2 + surcomplémentaire non responsable ciblée honoraires

Garanties socle formule 3

Garanties socle formule 3 + surcomplémentaire non responsable ciblée honoraires

Les bénéficiaires de la ou des surcomplémentaires sont nécessairement les mêmes que ceux effectivement couverts par le régime socle formule 1, 2 ou 3.



Les bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires doivent être affiliés à un régime de Sécurité sociale français.

Assuré	Compléter les informations ci-contre et le cas échéant ci-dessous	(Cochez les cases utiles) <input type="checkbox"/> Autre mutuelle <input type="checkbox"/> CSS*
Conjoint ou assimilé	Nom Prénom né(e) le (JJ / MM / AAAA) [][] [][] [][] [][] N° SS (13 chiffres + clé 2 chiffres) [][][][][][][][][][][][][][][] Régime de Sécurité sociale : <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Local Alsace-Moselle <input type="checkbox"/> Spécial <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/> Autre mutuelle <input type="checkbox"/> CSS*
Enfant	Nom Prénom né(e) le (JJ / MM / AAAA) [][] [][] [][] [][] N° SS (13 chiffres + clé 2 chiffres) [][][][][][][][][][][][][][][] Régime de Sécurité sociale : <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Local Alsace-Moselle <input type="checkbox"/> Spécial <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/> Autre mutuelle <input type="checkbox"/> CSS*
Enfant	Nom Prénom né(e) le (JJ / MM / AAAA) [][] [][] [][] [][] N° SS (13 chiffres + clé 2 chiffres) [][][][][][][][][][][][][][][] Régime de Sécurité sociale : <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Local Alsace-Moselle <input type="checkbox"/> Spécial <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/> Autre mutuelle <input type="checkbox"/> CSS*
Enfant	Nom Prénom né(e) le (JJ / MM / AAAA) [][] [][] [][] [][] N° SS (13 chiffres + clé 2 chiffres) [][][][][][][][][][][][][][][] Régime de Sécurité sociale : <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Local Alsace-Moselle <input type="checkbox"/> Spécial <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/> Autre mutuelle <input type="checkbox"/> CSS*
Enfant	Nom Prénom né(e) le (JJ / MM / AAAA) [][] [][] [][] [][] N° SS (13 chiffres + clé 2 chiffres) [][][][][][][][][][][][][][][] Régime de Sécurité sociale : <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Local Alsace-Moselle <input type="checkbox"/> Spécial <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/> Autre mutuelle <input type="checkbox"/> CSS*

* CSS : Complémentaire Santé Solidaire (dispositif remplaçant les dispositifs CMU et ACS)

N.B : Si vous souhaitez affilier plus de 4 enfants, nous vous invitons à compléter la liste sur papier libre, à joindre à ce présent document.

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.**

Je certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées au présent bulletin individuel d'affiliation 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).

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition, dite « BLOCTEL », au démarchage téléphonique en allant sur le site Internet www.bloctel.gouv.fr. Conformément au Code de la consommation, vous ne pourrez pas être démarché téléphoniquement par votre organisme complémentaire ou l'un de ses partenaires si vous êtes inscrit sur cette liste, sauf en cas de relations contractuelles préexistantes. Le fait de nous communiquer vos coordonnées téléphoniques, alors même que vous êtes déjà inscrit sur la liste BLOCTEL, nous autorise à les utiliser pour vous contacter par téléphone en vue de répondre aux finalités pour lesquelles elles ont été collectées.

Je déclare avoir reçu un exemplaire de la notice d'information du contrat précité ou les documents d'informations. (Cochez la case)

Fait à
Le (JJ / MM / AAAA) [][] [][] [][] [][]

Signature de l'assuré



Pièces à joindre à votre bulletin d'affiliation au contrat santé

Pour l'assuré

Un Relevé d'identité bancaire pour le versement des prestations et le règlement des cotisations (NB un seul RIB par famille)

Un mandat SEPA

Le justificatif propre à votre situation (licenciement etc.)

La photocopie de la notification d'attribution de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale (pour les retraités)

Pour l'ensemble des assurés et ayants droit

Une photocopie de l'attestation vitale délivrée par la Sécurité sociale et/ou par un autre régime obligatoire

Pour votre partenaire de PACS

Une déclaration sur l'honneur signée de l'assuré et de son partenaire de PACS

Pour votre concubin

Un justificatif de domicile commun depuis plus d'un an (facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...).

Le cas échéant, une copie du livret de famille avec mention d'un enfant issu de la vie commune, de tout justificatif du prêt au logement contracté solidairement pour l'acquisition de la résidence principale commune

Enfants à charge de l'assuré ou de son conjoint de plus de 18 ans

Certificat de scolarité ou carte d'étudiant de l'année en cours

Contrat d'apprentissage ou de professionnalisation

Carte d'invalidité ou mobilité inclusion, de la notification d'attribution de l'allocation d'enfant ou d'adulte handicapé

Les organismes assureurs se réservent la possibilité de demander toute pièce complémentaire que la situation de l'assuré exigerait.



Ce bulletin est à retourner à :

Malakoff Humanis – Gestion Assurance - 78288 Guyancourt cedex – France

ou par email à : santeprevoyancesncf@malakoffhumanis.com

Conformément à la réglementation en vigueur sur la protection des données, les informations que vous communiquez sont traitées par Malakoff Humanis Prévoyance, la Mutuelle Générale des Cheminots et Carcept Prévoyance, responsables conjoints, en vue de la conclusion et la gestion de votre contrat d'assurance ainsi qu'aux fins d'exécution des obligations leur incombant en matière de protection sociale. Ces informations sont également susceptibles d'être utilisées en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude à l'assurance. En fonction des finalités décrites ci-dessus, les responsables conjoints de traitement sont amenés à collecter les catégories de données suivantes : les données relatives à votre identification et celle de vos ayants droit, les données relatives à votre situation familiale, professionnelle et économique, les données nécessaires à l'appréciation du risque, les données liées à la passation et à la gestion du contrat, les données relatives à la détermination ou à l'évaluation des prestations, les données concernant votre santé dans le strict respect des règles relatives au secret médical (ex : données de remboursement en lien avec les organismes de sécurité sociale, copies des certificats médicaux et autres justificatifs). Ces informations sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités des responsables conjoints de traitement, ainsi que leurs prestataires éventuels. 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 des raisons tenant à leur situation particulière, 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@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consulter notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur le site internet du groupe Malakoff Humanis. En cas de réclamation relative à la protection des données, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07



