

# BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION OFFRE PROXI SALARIES

L'adhésion à ce contrat est réservée aux salariés des commerces de proximité.

(VALANT CONDITIONS PERSONNELLES)

## 1 PARTIE A REMPLIR PAR L'ENTREPRISE

AFFILIATION  MODIFICATION

Raison Sociale\* : \_\_\_\_\_  
N° Siret\* : \_\_\_\_\_  
Adresse\* : \_\_\_\_\_  
Code Postal\* : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_

Catégorie :

- Ensemble du personnel  
 Personnel relevant des articles 4, 4 bis de la CCN du 14 mars 1947  
 Personnel ne relevant pas de la CCN du 14 mars 1947

## 2 PARTIE A REMPLIR PAR LE SALARIÉ

Date d'entrée dans l'entreprise\* : \_\_\_\_\_ Date d'affiliation au contrat\* : \_\_\_\_\_  
M.  Mme  M<sup>lle</sup>  Nom\* : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Prénom\* : \_\_\_\_\_  
Né(e) le\* : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance\* : \_\_\_\_\_ Numéro de Sécurité Sociale\* : \_\_\_\_\_  
Adresse\* : \_\_\_\_\_  
Code Postal\* : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_ Pays\* : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

## 3 NIVEAU DE GARANTIE CHOISI\*

Parmi les niveaux sélectionnés par mon employeur, je choisis de souscrire au niveau suivant : \_\_\_\_\_

## 4 RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

- Je dépends du\* : Régime général  Régime Alsace Moselle   
 Je souhaite bénéficiaire de la télétransmission (transmission automatique des décomptes par la Sécurité sociale)  
 Je bénéficie du tiers payant (évite l'avance des frais)

## 5 AUTRES PERSONNES À AFFILIER

Situation de famille\* Conjoint(e)<sup>(1)</sup>  Concubin(e)  ou Pacsé(e)

Nom*	Prénom*	Né(e) le*	Lieu de naissance*	N° de Sécurité Sociale*	Date d'affiliation*

<sup>(1)</sup> Précisez le nom de jeune fille : .....

Enfants et / ou personnes à charge :

Nom*	Prénom*	Né(e) le*	Lieu de naissance*	N° de Sécurité Sociale	Date d'affiliation*

## 6 MODE DE REGLEMENT DES COTISATIONS

Si votre entreprise ne prélève pas sur votre salaire vos options facultatives, merci de choisir votre échéance de règlement pour prélèvement mensuel sur compte bancaire : 5  10  15   
(remplir, signer et joindre le volet de l'autorisation de prélèvement)

### SALARIE

• Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ certifie complets et exacts les renseignements portés sur ce bulletin. Je déclare avoir pris connaissance du règlement mutualiste et m'engage à me conformer aux statuts de MIEL Mutuelle. Je demande à être affilié(e) à MIEL Mutuelle ainsi qu'à la garantie Assistance assurée par Mutuaide Assistance<sup>(2)</sup>.  
• Je joins obligatoirement les pièces justificatives précisées en page suivante du document.

Fait à\* :

Signature\*

\_\_\_\_\_

<sup>(2)</sup> Mutuaide Assistance - Entreprise régie par le code des assurances - 383 974 086 RCS Créteil - Siège social : 8-14, avenue des Frères Lumière 94368 BRY SUR MARNE CEDEX

### EMPLOYEUR

Fait à\* : \_\_\_\_\_ Le\* : \_\_\_\_\_

Cachet et signature\*

\_\_\_\_\_

\*informations obligatoires

Toutes les zones de ce bulletin doivent être obligatoirement et correctement remplies, toute anomalie pouvant entraîner des erreurs soit dans la mise à jour de votre dossier soit dans le paiement de vos prestations.

Qualité du bénéficiaire	Pièces justificatives à fournir (photocopies)
Affilié principal	Relevé d'identité bancaire, postal ou caisse d'épargne + Attestation d'immatriculation au RO jointe à l'envoi de la Carte Vitale
Conjoint	Attestation d'immatriculation au RO jointe à l'envoi de la Carte Vitale s'il est lui-même assuré social
Concubin	Justificatif de domicile commun de moins de 3 mois (exemple : RIB, quittance EDF...) + Attestation d'immatriculation au RO jointe à l'envoi de la Carte Vitale s'il est lui-même assuré social
Partenaire lié par un PACS	Justificatif de Pacte Civil de Solidarité + Attestation d'immatriculation au RO à l'envoi de la Carte Vitale s'il est lui-même assuré social
Enfants à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale	Attestation d'immatriculation au RO jointe à l'envoi de la Carte Vitale du salarié, ou de son conjoint, ou concubin ou titulaire d'un PACS, justifiant la qualité d'ayant droit à ce titre ou Attestation d'immatriculation au RO jointe à l'envoi de la Carte Vitale de l'enfant s'il est lui-même assuré social
Enfants jusqu'à leur 25 <sup>ème</sup> anniversaire au sens de la législation de la Sécurité sociale	Dernier avis d'imposition ou certificat de scolarité + Attestation d'immatriculation au RO jointe à l'envoi de la Carte Vitale
Ascendants directs, descendants et collatéraux à charge fiscalement au sens de la législation de la Sécurité sociale	Dernier avis d'imposition + Attestation d'immatriculation au RO jointe à l'envoi de la Carte Vitale
Enfants handicapés, sans limite d'âge, dont l'état d'invalidité a été constaté avant leur 25 <sup>ème</sup> anniversaire	Documents justificatifs
Affilié principal En cas de souscription au(x) niveau(x) optionnel(s) (si le contrat souscrit par votre employeur le prévoit) dont la cotisation est prélevée directement sur compte bancaire.	Mandat SEPA + Relevé d'identité bancaire, postal ou caisse d'épargne

## INFORMATIONS LEGALES

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale. (article 9 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite loi Evin)

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix. (article 2 du Décret n°90-769 du 30 août 1990).

**Malakoff Médéric Mutuelle (dénommée Mutuelle Malakoff Humanis à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020), Mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le N° 784 718 256, 21 rue Laffitte 75009 Paris, Mutuelle substituante, se substitue intégralement à MIEL Mutuelle, mutuelle substituée, dans les conditions prévues à l'article L.211-5 du Code de la Mutualité. La substitution s'étend à l'ensemble des opérations et des branches pratiquées par MIEL Mutuelle pour l'exécution des engagements nés ou à naître.**

**La Mutuelle Malakoff Humanis donne à MIEL Mutuelle sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, vis-à-vis de ses membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale.**

**Si l'agrément accordé à Mutuelle Malakoff Humanis lui est retiré ou est déclaré caduc, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou au membre participant qui a acquitté la cotisation.**

**Informations relatives au traitement de mes données personnelles :**

Les données personnelles collectées et traitées sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat. Ces informations sont obligatoires et ne sont destinées qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la (ou les) finalité(s) déclarée(s).

Les données personnelles recueillies ne sont pas conservées au-delà des durées applicables de prescription et de conservation des documents comptables.

L'affilié peut demander l'accès, la rectification, l'effacement, une limitation ou opposition au traitement, la portabilité de ses données, ou introduire une réclamation ou des directives post mortem en écrivant à MIEL Mutuelle - Délégué à la protection des données (DPO), 11 rue du Gris de Lin, 42021 SAINT-ETIENNE CEDEX 1. Plus de détails sur <https://www.mielmut.fr/MielMutuelle/protection-donnees-personnelles/>

# MANDAT de Prélèvement SEPA

A retourner à : MIEL Mutuelle, 11 rue du Gris de Lin 42021 Saint-Etienne Cedex 1

En signant ce formulaire de mandat SEPA (Single Euro Payments Area), vous autorisez MIEL Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MIEL Mutuelle.

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.

MIEL Mutuelle  
FR72ZZZ391079  
11 rue du Gris de Lin  
42021 Saint-Etienne Cedex 1  
FRANCE

Votre nom

.....  
Civilité / Nom / Prénom du débiteur

Votre adresse

.....  
Entrée, bat, immeuble / Numéro et libellé de la voie / Lieu dit

.....  
Code Postal / Ville / Cedex

.....  
Pays

Les coordonnées de votre compte

.....  
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

.....  
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Type de paiement

Paiement récurrent  Paiement ponctuel

Signé à

.....  
Ville (35 caractères maximum)      JJ/MM/AAAA  
Date : JJ/MM/AAAA

Signature(s)

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

## Informations relatives au traitement de vos données personnelles :

Les données personnelles collectées et traitées sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat. Ces informations sont obligatoires et ne sont destinées qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la (ou les) finalité(s) déclarée(s).

Les données personnelles recueillies ne sont pas conservées au-delà des durées applicables de prescription et de conservation des documents comptables.

L'affilié peut demander l'accès, la rectification, l'effacement, une limitation ou opposition au traitement, la portabilité de ses données, ou introduire une réclamation ou des directives post mortem en écrivant à MIEL Mutuelle - Délégué à la protection des données (DPO), 11 rue du Gris de Lin, 42021 SAINT-ETIENNE CEDEX 1. Plus de détails sur <https://www.mielmut.fr/MielMutuelle/protection-donnees-personnelles/>