

Bulletin à retourner à votre correspondant paie ou ressources humaines avec les pièces justificatives.

● ENTITÉ EMPLOYEUR (CADRE RÉSERVÉ À L’ENTREPRISE)

Raison Sociale / Société : _____
 Etablissement : _____
 Siret : _____

● DATE D’EFFET DE L’ADHÉSION

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

● LE SALARIÉ

Nom	Prénom	Date de naissance	N° Sécurité sociale	Code S.S. (1)

Adresse _____
 Code postal _____ Ville _____
 Adresse électronique _____ @ _____
 Téléphone : _____

● ENFANT RELEVANT DU RÉGIME D’ACCUEIL « ENFANTS SALARIÉS », SELON LES CONDITIONS D’ÉLIGIBILITÉ DU RÉGIME ET MOYENNANT COTISATION

Nom	Prénom	Date de naissance	N° Sécurité sociale	Code S.S. (1)	Connexion Noémie
					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

(1) Code S.S. : Régime de Sécurité sociale : **A** : Régime Général ; **B** : Régime Alsace-Moselle ; **C** : Autre Régime

✓ **Je joins les pièces justificatives indiquées au verso**

● CONNEXION NOEMIE (cocher les cases si besoin)

Précisez si vous autorisez l’échange d’information entre votre caisse d’Assurance maladie et votre mutuelle (connexion NOEMIE). Si le conjoint et les ayants droit bénéficient déjà de la télétransmission par l’adhésion à un régime obligatoire, ils peuvent conserver le bénéfice d’un remboursement en surcomplémentaire par le régime, **sans être connectés**.

Adhésion à la complémentaire « Ma Santé Safran » OUI Adhésion à la surcomplémentaire « Ma Santé Safran + » OUI NON

Pièces à joindre

« Enfant salarié » jusqu’à 30 ans n’étant plus à charge et exerçant une activité donnant lieu à une rémunération annuelle au plus égale au Smic	Attestation de droits à la Sécurité sociale (Attestation Vitale). + Contrat de travail et dernier bulletin de salaire.
« Enfant salarié » jusqu’à 30 ans justifiant de la poursuite de ses études à temps plein ou à temps partiel au-delà de leur 26 ^e anniversaire	Attestation de droits à la Sécurité sociale (Attestation Vitale). + Certificat de scolarité.
« Enfant salarié » jusqu’à 30 ans n’exerçant pas une activité rémunérée habituelle et durable au-delà de leur 26 ^e anniversaire	Attestation de droits à la Sécurité sociale (Attestation Vitale). + Attestation d’inscription à France Travail (ex-Pôle emploi).

● IMPORTANT

Je soussigné (NOM Prénom du salarié) _____, atteste par la présente l’exactitude des données personnelles fournies à l’appui de ma demande d’adhésion et m’engage à déclarer, dès sa survenance, toute modification ultérieure de ma situation de famille (mariage, divorce, naissance d’enfant, ...).

Je reconnais par ailleurs, être en possession des notices d’information et Frais de Santé*, remises par mon employeur avec le présent bulletin.

*Contrats Frais de santé n° 09.07.057 et 09.07.057 SC/NR

CADRE RÉSERVÉ AU SALARIÉ

Fait à _____ le _____

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

CADRE RÉSERVÉ À L’ENTREPRISE

Fait à _____ le _____

Signature et cachet

Les informations recueillies sur ce bulletin font l’objet d’un traitement automatisé pour permettre la gestion de votre adhésion et l’affiliation de vos ayants droit. Les données « téléphone, téléphone portable, situation familiale, e-mail » sont demandées à titre facultatif, l’ensemble des autres données étant indispensable au traitement de votre adhésion. Elles sont destinées à la mutuelle et aux organismes assureurs auprès desquels la mutuelle a souscrit un contrat collectif, ainsi qu’aux éventuels sous-traitants et prestataires impliqués dans la gestion du contrat et utilisées aux fins et selon les modalités de conservation et d’hébergement précisées à la notice d’information, de passage et de gestion (y compris commerciale) du contrat ainsi que pour garantir

les intérêts légitimes de la Mutuelle (lutte contre les fraudes, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme). Vos informations personnelles ne pourront être utilisées ultérieurement à des fins de prospection commerciale par courriers postaux et téléphone, sauf si vous l’autorisez en cochant les cases ci-contre : J’autorise la prospection commerciale par courrier postal et téléphone . Par ailleurs, vous pouvez également à tout moment vous inscrire sur la liste d’opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr). Conformément à la réglementation en vigueur, vous, ainsi que vos ayants droit, disposez d’un droit d’accès, de rectification, d’effacement ou de portabilité de vos données personnelles, et pouvez décider de

leur sort après votre décès. Vous disposez en outre d’un droit à la limitation des traitements, d’un droit au retrait du consentement, du droit à ne pas faire l’objet d’une décision individuelle automatisée et, pour des motifs légitimes, d’un droit d’opposition. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Responsable Protection des données ou de la personne référente de la Mutuelle par mail ou par courrier postal. En cas de réclamations relatives au traitement de vos données personnelles et l’exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75 334 Paris cedex 07 (www.cnil.fr)