BULLETIN D'ADHÉSION

au régime complémentaire de couverture des FRAIS DE SANTÉ
des **salariés des organismes de Sécurité sociale**

À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

Nom de l'organisme : .....

SIRET : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|

N° agent : .....

N° contrat collectif : .....

Date d'affiliation : .....

Document à compléter et à retourner au service RH de votre organisme.

IMPORTANT

N'oubliez pas de joindre les pièces justificatives
(Voir Notice d'information dans la partie Annexe).

1 - ADHÉSION OBLIGATOIRE

☐ M. ☐ Mme Nom d'usage : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Email : .....

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de naissance (CP / Ville / Pays) : |_|_|_|_|_| .....

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| Code (1) : |_|

Catégorie socioprofessionnelle : .....

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Vie maritale ☐ PACS ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf-veuve

IBAN : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

Compte sur lequel les prestations seront versées.

CONJOINT À CHARGE (2)

☐ M. ☐ Mme Nom d'usage : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de naissance (CP / Ville / Pays) : |_|_|_|_|_| .....

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| Code (1) : |_| CMO (Couple même organisme) : ☐

Catégorie socioprofessionnelle : .....

ENFANTS À CHARGE (pour les jumeaux précisez le rang)

☐ M. ☐ Mme Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de naissance (CP / Ville / Pays) : |_|_|_|_|_| .....

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| Code (1) : |_| Code statut (3) : |_| Rang de naissance : |_|

☐ M. ☐ Mme Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de naissance (CP / Ville / Pays) : |_|_|_|_|_| .....

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| Code (1) : |_| Code statut (3) : |_| Rang de naissance : |_|

☐ M. ☐ Mme Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de naissance (CP / Ville / Pays) : |_|_|_|_|_| .....

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| Code (1) : |_| Code statut (3) : |_| Rang de naissance : |_|

Si vous **avez plus de 3 enfants à charge,** complétez un second bulletin d'adhésion.

En fonction des renseignements portés ci-dessus, je confirme ma demande d'adhésion en : ☐ FAMILLE ☐ ISOLÉ

BULLETIN D'ADHÉSION

au régime complémentaire de couverture des FRAIS DE SANTÉ
des **salariés des organismes de Sécurité sociale**

2 - ADHÉSION AYANT(S) DROIT (4) NON À CHARGE (adhésion facultative)

☐ M. ☐ Mme Nom d'usage : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de naissance (CP / Ville / Pays) : |_|_|_|_|_| .....

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Code (1) : |_| Code statut (3) : |_|

Catégorie socioprofessionnelle : .....

(1) Code : 1 = Régime général sécurité sociale - 2 = Régime local Alsace-Moselle - 3 = Régime MSA - 4 = Autres régimes (SNCF…).
(2) Conjoint à charge = revenus inférieurs à 10 % du PASS (Brut de l'année N-1)
(3) Code statut : 1 = Apprenti - 2 = À charge - 3 = Étudiant - 4 = Handicapé.
(4) Est considéré comme ayant droit non à charge : le conjoint et assimilé et ses enfants, ainsi que l'enfant de l'enfant, voir Notice d'information.

Je soussigné(e) atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Je demande pour moi-même, et les personnes ci-dessus désignées, l'adhésion à la mutuelle et m'engage à me conformer à ses statuts. Je m'engage à restituer sans délai ma carte de tiers payant en cours de validité si je venais à résilier mon adhésion.

☐ Je ne souhaite pas bénéficier de la transmission automatique (Noémie) entre le régime obligatoire et ma mutuelle.

☐ Je m'oppose à recevoir vos offres commerciales.

Date : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature du salarié(e)	Signature de l'employeur et cachet de l'organisme

Les informations figurant sur le présent document sont indispensables pour l'établissement et la gestion de votre dossier.

Dans le cadre de l'adhésion de vos salariés, ceux-ci transmettent à la SMIE mutuelle des données personnelles les concernant ou concernant leurs ayants droit (en particulier des données de santé). La SMIE mutuelle, responsable du traitement, traite leurs données pour l'exécution du contrat. Celles-ci sont conservées le temps nécessaire pour répondre à la finalité de traitement. 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 en dernier lieu par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), 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. Vous pouvez également retirer votre consentement à tout moment. Pour plus d'informations, nous vous invitons à consulter les mentions légales du site internet de la SMIE Mutuelle : https://www.mutuellesmie.com/mentions-legales.

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

- soit par voie électronique : dpo@fdpm.fr
- soit par courrier à l'adresse suivante : SMIE Mutuelle, Délégué à la Protection des Données, 67 rue Anita Conti - PA Laroiseau 2 - 56000 VANNES, si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la CNIL.

Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr).