

☐ Retraité ☐ Invalide ☐ Fin de portabilité ☐ Ayant(s) droit d'un assuré décédé

Document à compléter et à retourner à votre mutuelle.

IMPORTANT

Date d'effet :

N'oubliez pas de joindre les pièces justificatives, le mandat de prélèvement SEPA rempli et signé, accompagné d'un RIB.

1 - ADHÉSION ASSURÉ

☐ 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

CONJOINT À CHARGE

☐ M. ☐ Mme Nom d'usage : Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance (CP / Ville / Pays) :
N° de Sécurité sociale : Code ⁽¹⁾ :
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 ⁽²⁾ : Rang de naissance :

☐ M. ☐ Mme Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance (CP / Ville / Pays) :
N° de Sécurité sociale : Code ⁽¹⁾ : Code statut ⁽²⁾ : Rang de naissance :

☐ M. ☐ Mme Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance (CP / Ville / Pays) :
N° de Sécurité sociale : Code ⁽¹⁾ : Code statut ⁽²⁾ : Rang de naissance :
Si vous **avez plus de 3 enfants à charge**, complétez un second bulletin d'adhésion.

COMPTE SUR LEQUEL LES PRESTATIONS SERONT VERSÉES

IBAN :

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

2 - ADHÉSION AYANT(S) DROIT 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⁽²⁾ : []

Catégorie socioprofessionnelle :

[illegible]

(1) Code : 1 = Régime général sécurité sociale - 2 = Régime local Alsace-Moselle - 3 = Régime MSA - 4 = Autres régimes (SNCF...).

(2) Code statut : 1 = Apprenti - 2 = À charge - 3 = Étudiant - 4 = Handicapé.

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 télétransmission automatique (Noémie) entre le régime obligatoire et ma mutuelle.

☐ Je m'oppose à recevoir vos offres commerciales.

Date : | | | | | | | |

Signature de l'assuré(e)

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 SOMUPOS des données personnelles les concernant ou concernant leurs ayants droit (en particulier des données de santé). SOMUPOS, 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. SOMUPOS fait également appel à des sous-traitants pour certains traitements. (<https://somupos.fr/donnees-personnelles/>). 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 la charte de protection des données à caractère personnel : <https://somupos.fr/donnees-personnelles/>.

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

- soit par mail : dpo.smf@solimut.fr
- soit par courrier à l'adresse suivante : SOMUPOS, Délégué à la Protection des Données, 134 Avenue de Toulon 13006 MARSEILLE.

Après avoir contacté SOMUPOS, 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).