



☐ BULLETIN D'AFFILIATION / RADIATION
☐ AVENANT (MODIFICATION)

COMPLEMENTAIRE SANTE

ENTREPRISE/COLLECTIVITE : DEXEMPLE / CONTRAT 6994
 (...) 6994 a NEUFCHATEAU (...) 6994 b LIFFOL LE GRAND

Je suis déjà adhérent(e) à ACORIS Mutuelles, sous le numéro

SALARIE(E)



NOM : SEG AULT Prénom : Guillaume
 Adresse : 6 Rue Francis Martin Code postal : 88630
 Ville : FREBECOURT ☎ 0674 393747 Email : guillaume-segault@gmx.fr
 Né(e) le 21/08/80 N° Sécurité Sociale : 180085435531592 ☒ Régime Général ☐ Régime Local
 Situation de famille : ☐ célibataire ☒ marié(e) ☐ concubin(e) ☐ pacsé(e) ☐ divorcé(e) ☐ veuf(ve)
 Qualification : ☐ cadre ☒ non-cadre ☐ autre :

CONJOINT(E)



(si vous souhaitez qu'il/elle soit affilié(e) avec vous)

NOM : Prénom :
 Né(e) le N° Sécurité Sociale : ☐ Régime Général ☐ Régime Local

ENFANTS & ETUDIANTS



NOM, Prénom : Née le n° SS ☐ RG ☐ RL ☐
 NOM, Prénom : Née le n° SS ☐ RG ☐ RL ☐
 NOM, Prénom : Née le n° SS ☐ RG ☐ RL ☐
 NOM, Prénom : Née le n° SS ☐ RG ☐ RL ☐
 NOM, Prénom : Née le n° SS ☐ RG ☐ RL ☐
 NOM, Prénom : Née le n° SS ☐ RG ☐ RL ☐

- (1) Si vous bénéficiez d'une autre complémentaire santé et/ou si vous souhaitez vous opposer à la télétransmission avec votre régime obligatoire, cochez la case correspondante. Dans ce cas vous devez nous envoyer les décomptes papiers de votre régime de base ou de votre mutuelle pour obtenir les remboursements.

AFFILIATION

A COMPTER DU : 1ER Janvier 2024

La durée des garanties correspond à la période de couverture par le contrat collectif souscrit par l'employeur.

COMPLEMENTAIRE SANTE :

GARANTIE CHOISIE PAR L'EMPLOYEUR : TRANSPORTS SANITAIRES OPTION 2

OPTION FACULTATIVE CHOISIE PAR LE SALARIE (*) :

(*) A compléter lorsque le contrat prévoit une ou plusieurs options facultatives

DATE D'ENTREE DANS L'ENTREPRISE/COLLECTIVITE :

Joindre impérativement :

- ⇒ une photocopie de l'attestation jointe à votre carte VITALE, et celle(s) de votre/vos ayant(s) droit.
- ⇒ un Relevé d'Identité Bancaire pour le versement de vos prestations.
- ⇒ un certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans.
- ⇒ une déclaration sur l'honneur de vie maritale pour les concubin(e)s.

RADIATION

A COMPTER DU : MOTIF :

☐ Bénéficiaire de la **Portabilité** au titre de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008, de l'ANI du 11 janvier 2013 et de la loi de « sécurisation de l'emploi » du 14 juin 2013, pour la période du ____/____/____ (jour de la rupture effective du contrat de travail) au ____/____/____ (durée égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, sans pouvoir être supérieure à 12 mois, en référence à l'article L.911-8 du code de la Sécurité Sociale).

MODIFICATION A COMPTER DU :

Commentaires :

Les informations collectées ci-dessus sont nécessaires à ACORIS Mutuelles, responsable du traitement, pour la mise en place ou l'exécution de votre contrat. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018, le Membre participant ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ses droits d'interrogation, d'opposition, d'accès, de portabilité, de limitation du traitement, de rectification, d'effacement, et de définir des directives relatives au traitement de ses données à caractère personnel après son décès, en adressant une demande par lettre simple à ACORIS Mutuelles 6-8 viaduc de Kennedy CS 44210 54042 NANCY Cedex ou par courrier électronique à l'adresse suivante : contact@acorismutuelles.fr. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter la clause « Informatique et liberté » du règlement mutualiste.

Traitement des données de santé (réponse obligatoire)

- ☐ En cochant cette case, j'accepte que mes données de santé soient traitées par ACORIS Mutuelles
- ☐ En cochant cette case, je refuse que mes données de santé soient traitées par ACORIS Mutuelles

En cas de refus du traitement de vos données de santé, le contrat ne pourra être exécuté puisqu'il s'agit d'un élément essentiel le constituant. Vous demeurez dans tous les cas en mesure d'opposer le secret médical protégé dans le cas d'une procédure de contrôle des prestations.

Prospections commerciale (réponse facultative)

- ☐ En cochant cette case, j'accepte que mes données soient exploitées à des fins de prospection commerciale, afin de recevoir des offres similaires à celle déjà souscrite.

Conformément aux articles L. 223-1 et suivants du Code de la consommation, dans le cas où il serait recueilli auprès des assurés des données téléphoniques, il est rappelé qu'ils disposent d'un droit d'inscription sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en s'inscrivant sur le site www.bloctel.gouv.fr/.

Les conditions de la présente garantie sont élaborées, tant en ce qui concerne le montant des cotisations que l'expression des garanties, sur la base de la législation et de la réglementation en vigueur.

Je reconnais avoir reçu préalablement à la signature du présent Bulletin d'Adhésion, toutes informations correspondant à la formule choisie, une copie des statuts d'ACORIS Mutuelles (DOC 030), du Règlement Intérieur d'ACORIS Mutuelles (DOC 040), de la notice d'information (DOC 014A), le document relatif au ratio des prestations/cotisations (DOC 076B), du document d'information sur le produit d'assurance (DOC 012L) ainsi que les conditions générales de l'assistance (DOC 041B) et je donne explicitement mon consentement pour le traitement de mes données à caractère personnel conformément à la politique de protection des données personnelles en vigueur au sein d'ACORIS Mutuelles (DOC 027).

Fait à Neufchâteau le 25/10/2023

Signature et cachet de l'entreprise	Signature de l'assuré(e)	Signature Service Gestion
		