

BULLETIN D'ADHÉSION INDIVIDUEL OU BULLETIN DE MODIFICATION INDIVIDUEL OU DEMANDE DE RADIATION D'UN SALARIÉ

*À compléter par l'entreprise

** La date de la demande permet de déterminer la date d'effet selon les conditions fixées par la notice d'information

RAISON SOCIALE DE L'ENTREPRISE* : _____

Contrat Collectif n°* : _____ Date de la demande** : _____

Collège* ☐ Ensemble du personnel ☐ Non affilié à l'AGIRC ☐ Affilié à l'AGIRC ☐ Autre : _____

NATURE DE LA DEMANDE (un seul choix possible) - **À cocher obligatoirement :**

☐ Bulletin d'adhésion individuel ☐ Ajout d'ayant(s) droit ☐ Bulletin de modification individuel
(à compléter par le salarié et à transmettre au correspondant de l'entreprise)

☐ Bulletin de radiation (à compléter par l'entreprise)

Garantie obligatoire* (à compléter à l'adhésion du salarié uniquement) : _____

Option choisie (facultatif) : _____

NOM DU SALARIÉ : _____ NOM DE JEUNE FILLE : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

N° de Téléphone : _____ N° de portable : _____ EMAIL : _____

Caisse d'affiliation : _____ Étiez-vous précédemment assuré auprès d'ADRÉA ? ☐ OUI ☐ NON Si OUI, n° adhérent : _____

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	RÉGIME ⁽¹⁾	BÉNÉFICIAIRES	NOM (en lettres capitales)	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	SEXE (M/F)	TÉLÉTRANS- MISSION NOÉMIE ⁽²⁾	SUPPRES- SION ⁽³⁾
_____		SALARIÉ					☐	☒
_____		CONJOINT(E)					☐	☐
_____		1 ^{er} ENFANT					☐	☐
_____		2 ^e ENFANT					☐	☐
_____		3 ^e ENFANT					☐	☐
_____		4 ^e ENFANT					☐	☐
_____		5 ^e ENFANT					☐	☐

(1) Précisez : CPAM, MSA, RSI, Étudiant, SNCF, autres

(2) En cochant la case vous bénéficiez du traitement automatisé de vos feuilles de soins et décomptes soumis à la participation de l'assurance maladie obligatoire (liaison NOÉMIE)

(3) La résiliation est effective à la date d'échéance principale, sauf cas particuliers (précisés dans la notice d'information) pour lesquels il faut joindre un justificatif

Je reconnais avoir reçu un exemplaire des statuts de la mutuelle, du Document d'Information sur le Produit d'Assurance (DIPA), de la notice d'information des garanties souscrites, du tableau de garanties frais de santé, de la notice d'information de la garantie assistance IMA. Je certifie avoir pris connaissance des dispositions de ces documents et avoir été informé de l'ensemble de mes droits et obligations. Je certifie l'exactitude de l'ensemble des informations renseignées dans le présent document et le mandat SEPA associé. J'autorise, le cas échéant, mon employeur à prélever sur mon salaire le montant de la part salariale de la cotisation. J'accepte la mise en ligne des données me concernant dans l'espace adhérents du site Internet de la mutuelle. Ces données sont sécurisées et ne sont consultables que par moi-même après identification par mot de passe et code d'accès.

DOCUMENTS À FOURNIR

- ☐ RIB (ou RIP) de mon compte bancaire pour le virement des prestations et le paiement des cotisations en cas de choix du paiement par prélèvement
- ☐ Mandat SEPA si paiement des cotisations par prélèvement
- ☐ Copie(s) de mon attestation d'Assuré Social et celle(s) de mes ayants droit
- ☐ Copie de la carte d'invalidité ou CDAPH (enfants handicapés)

Protection des données personnelles :

Dans le cadre de votre adhésion, vous confiez à ADRÉA Mutuelle des données personnelles vous concernant ou concernant vos ayants droit (en particulier des données de santé). Aussi, 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), nous avons adopté une politique de protection de ces données. Cette politique est formalisée dans notre Charte de protection des données à caractère personnel, disponible sur notre site internet : www.adrea.fr ainsi qu'en agence, sur simple demande.

Cette charte vous permettra ainsi de prendre connaissance :

- des catégories de données personnelles que nous sommes susceptibles de collecter, en particulier des données de santé qui font l'objet d'une vigilance particulière en termes de sécurité,
- de l'utilisation qui peut être faite de ces données (finalités de traitement),
- des raisons qui peuvent nous conduire à partager vos données avec des tiers (délégataires de gestion, partenaires, intermédiaires, etc.),
- du cadre dans lequel vos données peuvent nécessiter un transfert hors de l'Union Européenne,
- des durées de conservation applicables à vos données personnelles (en fonction de leur nature et de la finalité de leur traitement),
- des droits dont vous disposez sur vos données conformément à la réglementation applicable et des moyens pour vous en prévaloir y compris en cas de réclamation,
- des mesures que nous prenons pour assurer une sécurité optimale de vos données et des procédures que nous mettons en œuvre en cas d'incident affectant ces données.

Vous disposez du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr) et vous pouvez à tout moment refuser le démarchage par voie électronique.

Pour toute information ou exercice de vos droits sur les traitements de données personnelles effectués par ADRÉA Mutuelle, vous pouvez contacter notre Délégué à la Protection des Données (DPO) en accompagnant votre demande d'une copie d'un titre d'identité comportant votre signature (carte d'identité, passeport) :

- soit en envoyant un mail à : adrea.dpo@adreamutuelle.fr

- soit par courrier à l'adresse suivante : ADRÉA Mutuelle – Groupe AÉSIO, Délégué à la Protection des Données, 25 place de la Madeleine - 75008 PARIS.

Fait à le	Signature du salarié précédée de la mention "lu et approuvé"	Cachet de l'entreprise et signature du correspondant*
--------------	--	---

Assureur des garanties santé : ADRÉA Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Immatriculée sous le n° 311 799 878 - 25 place de la Madeleine - 75008 PARIS
Assureur de la garantie assistance : IMA Assurances SA – RCS Niort N°481.511.632 – 118 avenue de Paris – 79 000 NIORT

CHANGEMENT DE GARANTIE FACULTATIVE

☐ **Changement de garantie :**

Je demande à souscrire, pour moi-même et mes ayants droit, la garantie facultative suivante (nom de la garantie) :

☐ **Résiliation de garantie :**

Je demande la résiliation, pour moi-même et mes ayants droit, de la garantie facultative suivante (nom de la garantie) :

Le changement ou la résiliation de garantie facultative **prendra effet dans les conditions précisées par la notice d'information.**

MODIFICATION ADMINISTRATIVE

- ☐ **Nouvelle adresse, telle que précisée en première page du présent document** (NB : si changement de département, joindre la copie de l'attestation Vitale à jour).
- ☐ **Changement de régime, de n° de Sécurité sociale ou de caisse d'affiliation** (joindre la photocopie de l'attestation Vitale à jour)
- ☐ **Changement de nom** (joindre un justificatif : copie de l'acte de mariage, de divorce...)
- ☐ **Changement de coordonnées bancaires.** Joindre obligatoirement le nouveau RIB.

DEMANDE DE MAINTIEN DE GARANTIE EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL SANS INDEMNISATION

Date d'effet :

☐ **Je demande le maintien de mes garanties, pour moi-même et mes ayants droit, pendant la durée de suspension de mon contrat de travail** (les conditions du maintien sont précisées dans la notice d'information)

Le cas échéant, en cas de participation patronale, préciser son montant :

Joindre obligatoirement un RIB accompagné d'un mandat SEPA si paiement des cotisations par prélèvement.

DEMANDE DE RADIATION D'UN SALARIÉ DE L'ENTREPRISE (à compléter par l'entreprise)

Date de suspension
ou de fin du contrat de travail :

Motif (un seul choix possible) :

☐ **Suspension du contrat de travail non indemnisé et sans maintien de garantie.**

Nature de la suspension (à préciser) :

☐ **Départ en retraite**

☐ **Décès du salarié** (joindre un acte de décès) Date du décès :

Fin du contrat de travail pouvant ouvrir droit à PORTABILITÉ :

Date d'embauche du salarié :

☐ **Licenciement** (sauf faute lourde)

☐ **Fin de CDD**

☐ **Démission pour suivi du conjoint**

☐ **Rupture conventionnelle**

Autre fin de contrat de travail sans droit à portabilité :

☐ **Licenciement pour faute lourde**

☐ **Démission** (hors suivi du conjoint)

☐ **Autre motif de fin de contrat de travail**

(à préciser) :