

BULLETIN D'AFFILIATION SALARIÉ

FRAIS DE SANTÉ - UNASSEP

ADHÉSION : Date d'adhésion / / Nom Entreprise **UNASSEP**
 MODIFICATION : N° d'adhésion / / Date d'effet / / N° de section N° de contrat **12041**

VOUS

M. MME NOM
 PRÉNOM N° SÉCURITÉ SOCIALE + CLÉ
 NOM DE JEUNE FILLE DATE DE NAISSANCE / /
 COMPLÉMENT D'ADRESSE (BAT., ÉTAGE...)
 ADRESSE
 CP VILLE TÉL.
 EMAIL PERSONNEL* PORTABLE
 SITUATION DE FAMILLE CÉLIBATAIRE MARIÉ(E) CONCUBIN(E) PACSÉ(E) DIVORCÉ(E) VEUF(VE)
 SITUATION PROFESSIONNELLE NON CADRE CADRE AUTRE
 ETES- VOUS UNE PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSÉE ?** OUI NON

* Pour recevoir par email les informations concernant votre affiliation et accéder à votre espace web personnel

** Je suis une personne politiquement exposée (1) si : "J'exerce ou j'ai cessé d'exercer au cours des 12 derniers mois une fonction politique (ex : parlementaire, membre d'un gouvernement), juridictionnelle (ex : membre d'une haute cour de justice) ou administrative (ex ambassadeur, dirigeant d'une entreprise publique) (2), ou je suis un membre direct de la famille (conjoint, ascendant, descendant) (3) ou je suis étroitement associé(e) à une personne exerçant ou ayant exercé une telle fonction."

VOS AYANTS DROIT

M. MME NOM
 PRÉNOM N° SÉCURITÉ SOCIALE + CLÉ
 NOM DE JEUNE FILLE DATE DE NAISSANCE / /
 TÉL. EMAIL PERSONNEL
 PORTABLE AUTRE MUTUELLE⁽¹⁾ OUI NON

BÉNÉFICIAIRE	SEXE	NOM	PRÉNOM	N° SÉCURITÉ SOCIALE + CLÉ	NÉ(E) LE	AUTRE MUTUELLE ⁽¹⁾
1 ^{er} enfant	M F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2 ^{ème} enfant	M F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3 ^{ème} enfant	M F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4 ^{ème} enfant	M F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autre bénéficiaire ⁽²⁾	M F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

(1) Si oui, la télétransmission ne pourra être mise en place par SMI. Dans ce cas, nous vous remercions de nous faire parvenir le décompte original de l'autre mutuelle accompagné de la copie du décompte de la Sécurité sociale.
 (2) Bénéficiaire autre que conjoint ou enfant, couvert par la Sécurité sociale de l'adhérent.

VOTRE GARANTIE - VOTRE OPTION

Indiquez l'option éventuellement choisie en complément de votre régime de base (si prévue par le contrat). Votre choix s'appliquera à l'ensemble de vos ayants droit.

RÉGIME 1 RÉGIME 2 RÉGIME 3

TÉLÉTRANSMISSION / NOÉMIE

Par défaut, vous bénéficiez de la télétransmission (vous n'avez plus à nous adresser vos décomptes). Toutefois, si vous ne désirez pas bénéficier de ce service, vous pouvez cocher les cases ci-dessous :

Je ne souhaite pas bénéficier de la télétransmission pour :

MOI MON CONJOINT MES AYANTS DROIT

Les cases non cochées valideront la connexion Noémie. En cas de refus, veuillez nous faire parvenir les décomptes originaux et factures.

PIÈCES À JOINDRE POUR...

Vous

- Un RIB
- Une copie d'attestation « Vitale » du régime maladie obligatoire en cours de validité pour chaque personne inscrite possédant sa propre immatriculation
- Un mandat de prélèvement SEPA pour les cotisations non prises en charge par l'employeur

Vos enfants à charge de 18 ans et + et selon la situation

- Un certificat de scolarité de l'année scolaire en cours OU carte étudiant OU contrat d'apprentissage ou de professionnalisation OU justificatif Pôle Emploi de recherche d'un 1^{er} emploi durant une année à partir de la fin des études OU justificatif de versement de l'allocation handicapé

Votre concubin(e)

- Un justificatif de domicile mentionnant la même adresse que la vôtre OU certificat de concubinage délivré par la Mairie.

SMI met en œuvre un traitement de données à caractère personnel dans le cadre de la souscription d'un contrat frais de santé. En application de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 et du règlement général de protection des données applicable au 25/05/2018, vos données personnelles sont destinées à votre mutuelle SMI régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité, SIREN 784 669 954, dont le siège social se situe 2 rue de Laborde - CS 40041- 75374 PARIS Cedex 8. Pour obtenir des informations sur la mutuelle, vous pouvez consulter le site <https://www.mutuelle-smi.com>.

Vos données personnelles peuvent être transmises aux personnels des responsables de traitement, à ses partenaires et sous-traitants contractuellement liés, réassureurs, organismes d'assurance ou organismes sociaux des personnes impliquées, intermédiaires d'assurance ainsi que les personnes intéressées au contrat. Vos données personnelles sont collectées et traitées pour permettre à votre assureur de conclure, gérer et exécuter les garanties de votre contrat d'assurance ; de réaliser des opérations de prospection commerciale ; de mener des actions de prévention ; de lutter contre la fraude assurance ; d'élaborer des statistiques et études actuarielles ; de permettre l'exercice des recours et la gestion des réclamations ; d'exécuter nos obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur et de mener des actions de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Ces traitements ont pour bases légales : l'intérêt légitime des responsables de traitement. Vous disposez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification, d'opposition et d'oubli pour motifs légitimes relatifs à l'ensemble des données vous concernant, qui s'exerce auprès de SMI par courrier postal à Cellule droit d'accès - 2 rue de Laborde - CS 40041 - 75374 PARIS Cedex 08 ou par email à protectiondesdonnees@mutuelle-smi.com, accompagné d'une copie d'un titre d'identité.

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document. Je m'engage à signaler toute modification, notamment tout changement dans ma situation de famille si celui-ci modifie les termes du contrat. Je m'engage également à restituer les attestations de prise en charge (tiers payant) qui m'auront été transmises, en cas de cessation de l'assurance.

Par la présente signature, je reconnais avoir été informé(e) par mon employeur des conditions de mise en place du régime complémentaire de frais de santé, avoir reçu de sa part le document d'information sur le produit d'assurance et avoir pris connaissance des statuts de SMI disponibles sur www.mutuelle-smi.com.

FAIT À LE / /

Je ne souhaite pas recevoir d'offres commerciales.

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

EMPLOYEUR (signature et cachet)

Votre adhésion s'effectue par le biais de l'association UNASSEP dont vous devez être membre afin de pouvoir bénéficier des présentes garanties. Les frais annuels d'adhésion à l'association s'élèvent à 10 euros. Ces frais seront annuellement repris dans l'appel de cotisations.

Après signature, à retourner à la direction de votre entreprise

Après signature, à retourner à :
 SMI - Pôle Gestion 20 - 2 rue de Laborde - CS 40041 - 75374 PARIS Cedex 08