

Commissariat à l'énergie atomique et aux énergies alternatives Santé | Régime de base



VOTRE IDENTITÉ

Nom

Nom de Naissance

Prénom

N° Sécurité sociale

Situation de famille :

célibataire concubin(e) divorcé(e) marié(e) Pacsé(e) séparé(e) veuf(ve)

Date de naissance Pays de naissance

Code postal de la commune de naissance

Commune de naissance

Rés, Bât, Appt.

N° Adresse

Code postal Ville

Téléphone Portable

Email

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE BULLETIN

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Remplissez le formulaire de prélèvement SEPA joint.

3- Joignez les pièces suivantes

- la photocopie de la notification d'attribution de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale,
- la photocopie de l'attestation jointe à votre carte Vitale, et celle de chaque membre de votre famille bénéficiant du contrat Santé,
- votre relevé d'identité bancaire.

Si vous êtes concerné :

- les photocopies des certificats de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans ou tout document justifiant de leur situation,
- l'attestation de PACS,
- une attestation sur l'honneur certifiant la vie en concubinage ainsi que tout justificatif de domicile commun,
- l'avis d'imposition N sur les revenus de l'année N-1 afin de vérifier la condition liée aux revenus imposables des ayants droit concernés.

- 4- Dater, signez votre bulletin et renvoyez le tout à :

**Vente à distance individuelle -
Malakoff Humanis
TSA 40001
41970 Blois Cedex 9**

**Pour toute information :
Tél : 01 58 82 62 06
(appel non surtaxé)**

VOTRE ADHÉSION

Date d'effet de la retraite

Votre adhésion prend effet à la date de liquidation de votre pension de retraite sous réserve d'en faire la demande dans les six mois suivant cette date.

VOS COTISATIONS

Périodicité de prélèvement choisie : mois trimestre semestre année

BÉNÉFICIAIRES À GARANTIR (AYANTS DROIT)

Les modalités d'adhésion sont déterminées en fonction des revenus imposables des ayants droit. Le revenu imposable comprend la totalité des bénéfices ou revenus de toutes sortes que l'intéressé a réalisés ou dont il a disposé au cours de l'année de référence⁽¹⁾.
Le seuil fixé est égal à 8 fois le SMIC brut mensuel.

Nom / Prénom	Date de naissance	N° d'Assuré social ⁽³⁾
Conjoint⁽²⁾		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> profession indépendante <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
1^{er} enfant		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> invalide ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> autre (préciser) ⁽⁴⁾ <input type="text"/>		
2^{ème} enfant		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> invalide ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> autre (préciser) ⁽⁴⁾ <input type="text"/>		
3^{ème} enfant		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> invalide ⁽⁴⁾ <input type="checkbox"/> autre (préciser) ⁽⁴⁾ <input type="text"/>		

(1) L'année civile de référence est celle correspondant à l'avis d'imposition N sur les revenus N-1. (2) Ou partenaire lié par un PACS ou concubin dont les revenus imposables sont inférieurs ou égaux au seuil. (3) Sous lequel sont effectués les remboursements. (4) Enfants dont les revenus sont inférieurs ou égaux au seuil.

Je joins à ma déclaration d'affiliation les pièces justificatives indiquées au recto.

À défaut de fournir leurs justificatifs de revenus imposables à l'organisme gestionnaire du régime les ayants droit seront considérés comme percevant des revenus imposables supérieurs à 8 fois le SMIC brut mensuel et ne pourront donc pas bénéficier du régime de frais de soins de santé à titre gratuit.

Afin de permettre le remboursement rapide de mes Frais de santé, j'autorise l'échange d'information par télétransmission entre ma caisse d'Assurance maladie et Malakoff Humanis Nationale.

Je souhaite recevoir des informations sur les offres, produits et services du groupe Malakoff Humanis par e-mail par sms.

Si vous avez coché la (les) case(s) ci-dessus, vos coordonnées personnelles sont collectées pour les besoins de votre demande d'informations, mais sont également susceptibles d'être utilisées à des fins d'information sur les offres, produits et services proposés par le groupe Malakoff Humanis et ses partenaires en charge d'activités confiées par le groupe.

À le **Signature du Participant précédée de la mention "lu et approuvé"**

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés directement sur notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.