

BULLETIN D’AFFILIATION INDIVIDUEL	BULLETIN MODIFICATIF INDIVIDUEL **	DEMANDE DE RADIATION RÉSILIATION
Date d’effet * :	☐ Modifications administratives ☐ Ajout d’ayant(s)-droit ☐ Changement de garantie Date de la demande *** : Numéro adhérent :	☐ Radiation du salarié ☐ Radiation d’ayant(s)-droit ☐ Résiliation des options facultatives Date de la demande *** : Numéro adhérent :

* La date d'effet correspond à la date d'entrée dans les effectifs à assurer ou à la fin d'une dispense. ** Sous réserve de la production de documents justificatifs.

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

À compléter par l'entreprise	Raison sociale de l'entreprise :
	N° contrat collectif :
	Collège : ☐ Ensemble du personnel ☐ Non Cadres ☐ Cadres ☐ Autre :
	Garantie obligatoire :
	Bénéficiaires couverts à titre obligatoire : ☐ Salarié seul ☐ Salarié et enfant(s) ☐ Salarié et ayants-droit
À compléter par le salarié si le contrat collectif prévoit une/des option(s) facultative(s)	Option choisie (facultatif) :

VOS INFORMATIONS

Nom du salarié : Prénom :
Adresse : Code postal : Ville :
N° de Téléphone : [][][][][][][][][][][][][][][][] N° de portable : [][][][][][][][][][][][][][][][] Email :
Caisse d'affiliation :
Étiez-vous précédemment assuré auprès d'AÉSIO mutuelle ? ☐ 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, Alsace-Moselle, MSA, 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.

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 l'attestation AEEH ou AAH (enfants handicapés)

PROTECTION DE VOS DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL :

J'accepte de recevoir des offres commerciales d'AÉSIO mutuelle par SMS ☐, par e-mail ☐

J'accepte de recevoir des offres commerciales des partenaires d'AESIO mutuelle (liste de ces partenaires disponible en agence ou sur notre site Internet : <http://www.aesio.fr>) par SMS ☐ par e-mail ☐

Dans le cadre de votre adhésion, vous confiez à AÉSIO mutuelle des données personnelles vous concernant ou concernant vos ayants droit (en particulier des données de santé).

AÉSIO mutuelle, responsable du traitement, traite vos données pour l'exécution de votre contrat. Celles-ci seront conservées le temps nécessaire pour répondre à la finalité de traitement.

Conformément à la réglementation en vigueur (Règlement général sur la protection des données, dit « RGPD », du 27 avril 2016 et L01 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 : <http://www.aesio.fr>

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

- soit par voie électronique : aesio.dpo@aesio.fr

- soit par courrier à l'adresse suivante : AÉSIO mutuelle, Délégué à la Protection des Données, 4 rue du Général Foy, 75008 PARIS.

Après avoir contacté AÉSIO mutuelle, si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (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).

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 si mon contrat la prévoit. 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.

Fait à Le	Signature du(de la) salarié(e) précédée de la mention "lu et approuvé"	Cachet de l'entreprise et signature du(de la) correspondant(e)
-------------------------------------	---	---