

**Contrat à adhésion obligatoire + Option facultative des entreprises relevant de la
CCN des Transports routiers et activités auxiliaires du transport**

L’ENTREPRISE

Raison Sociale.....

N° SIRET

Affiliation du salarié

Date d’entrée dans l’entreprise : Date d’affiliation au contrat :

- Catégorie d’emploi : ☐ Ensemble du personnel
☐ Personnel Cadre (relevant ART 2.1 & 2.2 ANI 17/11/2017)
☐ Personnel Non-Cadre (ne relevant pas de ART 2.1 & 2.2 ANI 17/11/2017)
☐ Personnel Cadre (relevant des articles 4, 4bis de la CCN du 14/03/1947 et de l’art.36)
☐ Personnel Non-Cadre (ne relevant des articles 4, 4bis de la CCN du 14/03/1947 et de l’art.36)

Niveau du contrat obligatoire : ☐ Niveau 1 ☐ Niveau 2 ☐ Niveau 3

Fait le.....

A

Signature du représentant de l’entreprise

En qualité de

Cachet de l’entreprise

▪ Chef de famille

Nom d’usage

Nom de naissance Prénom

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Mail :

N° de sécurité sociale :

Date de naissance :

Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(Ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Vivant maritalement

Souscription de l’option facultative

Si votre employeur a souscrit le contrat surcomplémentaire collectif facultatif, vous avez la possibilité d’y adhérer. Souhaitez-vous y adhérer ? ☐ OUI ☐ NON

Option choisie : ☐ Option 1 ☐ Option 2 ☐ Option 3

J’ai pris note que l’adhésion à l’option facultative s’applique pour moi-même et mes ayants droits inscrits au contrat de base obligatoire dans les conditions prévues à la notice d’information.

Les cotisations de l’option facultative sont à la charge exclusive du salarié payable par prélèvement sur une périodicité mensuelle

▪ **Ayants-droits**

Famille	Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	N° INSEE
Assuré					
Conjoint					
Enfant					
Enfant					
Enfant					

Afin de permettre le remboursement rapide de mes frais de santé, j'autorise la télétransmission de mes décomptes par ma Caisse d'Assurance Maladie à Radiance Mutuelle.

☐ Je certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées au présent bulletin individuel d'affiliation et j'ai bien noté que toute réticence ou fausse déclaration entraîne les sanctions prévues aux articles L.113-8 et L.113-9 du code des assurances.

☐ Je déclare avoir reçu un exemplaire de la notice d'information du contrat.

☐ En cochant cette case, j'accepte de recevoir par voie électronique des informations concernant les offres de produits et services de Malakoff Humanis et de ses filiales. Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : <http://www.bloctel.gouv.fr>

Fait à, le

Signature de l'adhérent précédée de la mention « *Lu et approuvé* »

Signature du salarié

En tout état de cause, l'adhésion ne prendra effet qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance. Seule la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion fait foi.

La rémunération perçue par le personnel de Radiance Mutuelle au titre de la distribution du contrat a la nature d'un salaire.

Les informations collectées sont toutes nécessaires à Radiance Mutuelle, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement, pour la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. 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

Je joins au présent bulletin individuel d'affiliation :

- ☐ un relevé d'identité bancaire
- ☐ une copie de mon attestation vitale actualisée ainsi que, le cas échéant, celle de mes ayants droits éventuels
- ☐ selon votre situation : photocopie du livret de famille (conjoint marié), photocopie de l'attestation de PACS (partenaire pacsé), attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins ainsi que tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...)
- ☐ s'agissant des enfants : certificat de scolarité, copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, attestation d'inscription au Pôle emploi, carte d'invalidité.
- ☐ un mandat SEPA en cas de souscription de l'option facultative