

COOPERATIVE U

A retourner, complété et signé, à :
NoveoCare - Service Adhésions
28039 CHARTRES CEDEX

SOCIETE :



SIRET :

Date d'entrée du salarié dans l'entreprise :

Date d'adhésion au régime :

Matricule paie :

Collège : ☐ Cadre ☐ Non cadre

Régime : ☒ Régime Général ☐ Régime Alsace/Moselle

Choix du régime

Pour moi-même et mes bénéficiaires inscrits ci-dessous

En complément du régime de Base obligatoire, je souhaite adhérer, moyennant le paiement d'une cotisation additionnelle, à l'un des régimes proposés : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, j'opte pour : ☐ Option R1 ☐ Option R2 ☐ Option R3

Salarié(e) à assurer à titre obligatoire

Nom : Prénom : Sexe : ☐ F ☐ M

Né(e) le : Numéro de Sécurité sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Email : @ Téléphone :

Votre adresse email est indispensable pour votre adhésion et la création de votre compte à l'Espace personnel en ligne. Elle nous permet également de vous adresser des notifications liées à la gestion de votre contrat (messages de votre Centre de gestion, remboursements, carte de tiers payant...).

Vous pouvez à tout moment la modifier ou la supprimer sur www.noveocare.com rubrique « Mon compte » / « Mes services S@ntemail ».

Autre(s) bénéficiaire(s) à couvrir par le régime

Pour connaître la définition des bénéficiaires, reportez-vous à la Notice d'Informations de votre contrat.

Votre Conjoint(e) / Concubin(e) /Partenaire PACS

								☐ F ☐ M
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---

Est-il(elle) couvert(e) : - par une autre mutuelle ? ☐ Oui ☐ Non

- par la Complémentaire Santé solidaire ? ☐ Oui ☐ Non

Vos ayants droit

Nom	Prénom	Né(e) le	N° de Sécurité sociale	Sexe
				☐ F ☐ M
				☐ F ☐ M
				☐ F ☐ M
				☐ F ☐ M
				☐ F ☐ M

Pièces à joindre

- Copie de l'attestation d'assuré social actualisée (fournie avec la carte plastifiée VITALE ou disponible sur ameli.fr) et celle(s) de vos ayants droit éventuels. Transmettre une nouvelle copie lors de tout changement de situation de famille.
- Relevé d'Identité Bancaire mentionnant les coordonnées européennes BIC et IBAN pour effectuer le règlement des prestations par virement et bénéficier de la télétransmission.
- En cas d'adhésion de bénéficiaires et/ou à l'un des régimes proposés, les cotisations correspondantes feront l'objet de prélèvements sur votre compte bancaire. Merci de compléter et signer le mandat de prélèvements SEPA prévu à cet effet.
- Si toutefois vous quittez votre entreprise avant la mise en place du contrat obligatoire avec participation employeur, nous vous remercions de nous l'indiquer. En effet, votre couverture santé s'arrêtera à votre dernier jour travaillé.

Le régime obligatoire peut transmettre informatiquement vos décomptes (télétransmission NOEMIE) au Centre de gestion. Vous avez la faculté de refuser ce service en le notifiant par écrit sur papier libre joint avec le présent document.

Les informations déclarées ci-dessus serviront de base à l'adhésion. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité des garanties, conformément au contrat souscrit par l'entreprise.

Si l'affiliation permet la délivrance d'une attestation de tiers payant, celle-ci doit être restituée sans délai lors du départ de l'entreprise adhérente et toute somme indûment avancée être remboursée.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique ou manuel destiné à des fins de gestion des contrats en assurances de personnes ainsi que la gestion de la relation avec vous et vos ayants droit. Elles sont conservées le temps de la durée contractuelle augmentée des délais légaux de prescription. Toutes ces informations sont nécessaires au traitement du Contrat d'assurance dès lors qu'elles ne sont pas indiquées expressément comme facultatives. Vos données à caractère personnel collectées sur le document sont obligatoires pour votre adhésion.

Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales. Ces données sont potentiellement accessibles par des fournisseurs logiciels ou réseaux en raison de l'exécution d'un contrat de prestation. Elles sont destinées au Porteur de risque en tant que responsable du traitement ou coresponsable, ainsi qu'au Déléataire de gestion en tant que sous-traitant ou coresponsable et éventuellement aux intermédiaires du contrat d'assurance et aux mandataires. Les données transmises sont à l'usage exclusif des sociétés du Groupe NOVEOCARE, le délégataire de gestion ainsi que du porteur de risques et/ou de l'intermédiaire en assurances du contrat. Le Groupe NOVEOCARE s'engage à ne jamais transmettre à des tiers à des fins commerciales les données recueillies. Le porteur de risque, le délégataire de gestion et l'intermédiaire du contrat d'assurance, prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité de vos données personnelles.

Pour toutes questions, vous pouvez contacter le DPO du groupe NOVEOCARE à l'adresse suivante : dpo@plansante.com. Conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles, vous disposez sur vos données des droits suivants : d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation et à la portabilité ainsi que le droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès que vous pouvez exercer, par courriel à dpo@plansante.com. En cas de désaccord persistant, la CNIL peut être saisie à partir de son site internet www.cnil.fr ou par courrier à l'adresse suivante : CNIL, 3 place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris cedex 07.

Pour toute réclamation, vous pouvez contacter :

- Votre Centre de gestion notamment lorsque la réclamation concerne une pratique de gestion ou une modalité décrite dans votre documentation contractuelle.

Les délais de traitement de votre réclamation :

- L'accusé de réception : 2 jours

Vous recevrez un accusé de réception de votre demande dans un délai maximum de 2 jours ouvrables à compter de la réception de celle-ci, sauf si le traitement de celle-ci peut être réalisé dans ce délai.

- La réponse : 10 jours

Dans les 2 mois à compter de la date de réception de votre réclamation, vous recevrez une réponse. Si des informations complémentaires doivent vous être demandées pour traiter votre demande, le délai de 10 jours sera suspendu le temps de réceptionner les pièces ou informations complémentaires.

Médiation

En cas de désaccord avec la réponse donnée, vous pouvez sans renoncer aux autres voies d'actions légales, demander l'avis du Médiateur de l'Assurance en écrivant à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110

75441 Paris cedex 09

Les modalités de recours à la médiation de l'assurance sont disponibles sur le site internet <http://www.mediation-assurance.org>.

Ce recours est gratuit.

Fait à :

Le :

Signature de l'assuré(e)

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Cachet de l'entreprise