



## BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION

# FRANCE TRAVAIL

Ne rien inscrire dans ces cadres

### Agents en activité – Fonctionnaires détachés – Cadres dirigeants

### Régime Frais de santé – Surcomplémentaire facultative

### Structure d’affiliation – Famille à charge – Conjoint <sup>(1)</sup> non à charge <sup>(2)</sup> sans mutuelle

(Tous les champs marqués par un astérisque sont obligatoires et à compléter par vos soins de façon manuscrite, lisible et sans rature)

- Demande d’affiliation – date d’effet\*** .....
- Demande de changement de situation – date d’effet\*** .....

### L’entreprise

Raison sociale **FRANCE TRAVAIL** – SIREN **130 005 481**

### Vous

\*Nom de famille (de naissance)..... \*Prénom .....

\*Nom d’usage (d’époux).....

\*N° de Sécurité sociale ..... \*Date de naissance .....

\*Adresse.....

\*Code postal ..... \*Ville .....

Téléphone domicile ..... Mobile .....

Courriel.....

### Votre situation

Régime de Sécurité sociale  Général  Alsace Moselle

### Demande d’affiliation à la garantie surcomplémentaire facultative

Si vous souhaitez être affilié à la garantie surcomplémentaire, vous devez cocher une des cases ci-dessous :

- OPTION 1  OPTION 2  OPTION 3

Ce choix s’applique à vous-même et à l’ensemble de vos bénéficiaires (**ayants droits et conjoint non à charge sans mutuelle**).

### Demande d’extension conjoint non à charge

Si vous souhaitez affilier votre conjoint non à charge, vous devez cocher la case ci-dessous :

- CONJOINT <sup>(1)</sup> NON A CHARGE <sup>(2)</sup> AU SENS DU CONTRAT sans mutuelle

(1) Notion de conjoint : est assimilée au conjoint la personne ayant conclu avec l’assuré un pacte civil de solidarité ou le concubin.

(2) Conjoint qui perçoit un revenu d’activité ou de remplacement supérieur au plafond d’attribution de la complémentaire santé solidaire pour une personne.

### Pièces à joindre du régime Frais de santé Surcomplémentaire facultative

- Un mandat de prélèvement SEPA ci-joint pour le règlement des cotisations complété et signé.
- Un relevé d’identité bancaire ou de Caisse d’Épargne (RIB/RICE).

### Mode de paiement

Régime surcomplémentaire : prélèvement (à cocher)  Trimestriel  Semestriel  Annuel

### Les bénéficiaires

Vous souhaitez affilier vos ayants-droit ci-dessous.

Nom	Prénom	Lien de parenté	N° de Sécurité sociale	Date de naissance	Rang de naissance
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

## Pièces à joindre à votre bulletin d'affiliation au Régime Frais de santé



Ouvrant droit désigné au recto	Pièces à joindre – si ces documents n'ont pas déjà été fournis lors de la première inscription
Vous-même.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La photocopie de l'attestation carte Vitale délivrée par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).</li> <li>Un relevé d'identité bancaire ou postal.</li> </ul>
<b>Les ayants droit – Famille à charge</b>	
Votre conjoint, concubin ou la personne avec qui vous avez conclu un pacte civil de solidarité à charge.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une attestation sur l'honneur justifiant que pour l'année en cours, l'ayant droit n'ayant pas de revenus d'activité ou de remplacement supérieurs au plafond d'attribution de la complémentaire santé solidaire sans participation financière pour une personne (article L.861-1 du Code de la sécurité sociale).</li> <li>Une attestation de vie maritale ou déclaration de vie commune, le cas échéant, la photocopie du pacs.</li> <li>La photocopie de l'attestation carte Vitale délivrée par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) justifiant son immatriculation à la Sécurité sociale.</li> </ul>
Les enfants de moins de 18 ans, non salariés ou de moins de 21 ans exerçant une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55 % du SMIC annuel.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucune attestation de carte vitale si l'enfant est à votre charge. Le cas échéant, sa propre attestation de carte Vitale.</li> <li>Un certificat de scolarité de l'année en cours.</li> <li>La photocopie du contrat d'apprentissage ou d'alternance ou de qualification mentionnant le montant des revenus.</li> </ul>
Les enfants, jusqu'à la fin de leur 28 <sup>e</sup> anniversaire, s'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou bénéficiant d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation et qui perçoivent une rémunération limitée à un pourcentage du SMIC mensuel selon les règles en vigueur.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La photocopie de son attestation carte Vitale.</li> <li>Le certificat de scolarité de l'année en cours.</li> <li>La photocopie du contrat de formation ou des justificatifs de revenus.</li> </ul>
Les enfants primo demandeurs d'emploi jusqu'à la fin de mois de leur 28 <sup>e</sup> anniversaire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'attestation d'inscription au régime d'assurance chômage.</li> </ul>
L'enfant handicapé.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La copie du document lui accordant l'allocation d'éducation pour enfant handicapé ou de la carte de mobilité inclusion portant la mention « invalidité », ou de l'allocation aux adultes handicapés, sans limite d'âge.</li> </ul>
Vos ascendants, ceux de votre conjoint, de votre concubin ou de la personne avec qui vous avez conclu un pacte civil de solidarité, à charge vivant sous son toit et ne percevant pas de ressources supérieures aux plafonds d'octroi de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une attestation sur l'honneur justifiant que pour l'année en cours, l'ayant droit n'exerce aucune activité professionnelle et ne perçoit aucun revenu.</li> </ul>
Votre conjoint, concubin ou la personne avec qui vous avez conclu un pacte civil de solidarité non à charge.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une attestation de vie maritale ou déclaration de vie commune, le cas échéant, la photocopie du pacs.</li> <li>La photocopie de l'attestation carte Vitale délivrée par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) justifiant son immatriculation personnelle à la Sécurité sociale.</li> </ul>

### L'assureur se réserve la possibilité de demander toute pièce complémentaire que la situation de l'assuré exigerait.

Les informations figurant sur ce document sont indispensables pour l'établissement et la gestion de votre dossier.

Pour les opérations collectives à adhésion facultative, l'assuré peut après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription, dénoncer son affiliation au contrat sans frais ni pénalités selon les modalités décrites dans la notice d'information.

Les informations collectées sont toutes nécessaires pour Mutuelle Malakoff Humanis, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable de traitement, pour l'établissement et la gestion de votre dossier.

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 intentionnelle de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation par l'assureur entraîne la nullité de l'assurance sous réserve que Malakoff Humanis justifie de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées à ce titre demeureront acquises à l'Institution. (Cochez la case)

Je déclare avoir reçu un exemplaire de la notice d'information du contrat précité. (Cochez la case)

\*Fait à ..... , \*le .....

\*Signature de l'assuré précédée de la mention « lu et approuvé »

**Ce document, accompagné des pièces justificatives, est à retourner à :  
Malakoff Humanis - Affiliations FRANCE TRAVAIL - 78288 Guyancourt Cedex**

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 des raisons tenant à votre situation particulière, 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, en justifiant de votre identité, par email à [dpo@malakoffhumanis.com](mailto:dpo@malakoffhumanis.com) ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consulter notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.