

Orange | Santé | Anciens salariés et leurs ayants droit (Génération 2021)

ENTREPRISE

Ancien salarié de la société

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

SALARIÉ

Nom

Nom de naissance

Prénom

N° de Sécurité sociale

Civilité M. Mme

Situation de famille :

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

Date de naissance

Rés, Bât, Appt.

N° Adresse

Code postal Ville

Téléphone

e-mail

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DÉCLARATION

- 1- **Ecrivez** en lettres capitales.
- 2- **Remplissez au verso** de ce document, le **tableau des bénéficiaires** de votre contrat Santé ainsi que le mandat SEPA ci-joint, accompagné d'un relevé d'identité bancaire.

- 3- **Datez et signez votre déclaration.**

- 4- **Transmettez le tout par courrier à :**
Malakoff Humanis - Equipe
Orange
CP 240
303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans cedex 9

ou directement via le site internet
www.prevoyons.com/
ESPACE PERSONNEL

Pour toutes informations :

Mail : prevoyance@malakoffhumanis.com

Tél. : 09 69 39 72 72 (appel non surtaxé)

SITUATION ACTUELLE

Je déclare me trouver dans la situation ci-après ⁽¹⁾ :

Anciens salariés : licencié fin de contrat à durée indéterminée
 retraité personne garantie sous couvert du participant décédé
 autre situation

Situation au dernier jour du contrat : cadre non cadre

depuis le et demander mon affiliation à titre individuel à cette date.

Admission : Les personnes concernées peuvent continuer à bénéficier de la couverture complémentaire santé sous réserve d'en faire la demande **dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou six mois à compter de la fin du maintien au titre de la portabilité des droits** (ou le décès).

Radiation : La radiation peut être demandée au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée, adressée à Malakoff Humanis **deux mois avant cette date.**

(1) Cocher la case correspondante.

VOS COTISATIONS*

Les cotisations, en fonction de la situation de famille, sont forfaitaires et mensuelles. La cotisation mensuelle totale est due lorsque l'assuré est présent le premier jour ouvrable du mois ; en aucun cas la cotisation ne peut être proratisée.

Montant des cotisations à compter du 1^{er} janvier 2021 :

Régime général	Régime Alsace Moselle
Catégorie cadre⁽²⁾	Catégorie cadre⁽²⁾
- pour 1 adulte : 3,51 % du PMSS soit 120,32 €	- pour 1 adulte : 2,46 % du PMSS soit 84,33 €
- pour 1 enfant : 1,93 % du PMSS soit 66,16 €	- pour 1 enfant : 1,35 % du PMSS soit 46,28 €
Catégorie non cadre⁽²⁾	Catégorie non cadre⁽²⁾
- pour 1 adulte : 2,38 % du PMSS soit 81,59 €	- pour 1 adulte : 1,67 % du PMSS soit 57,25 €
- pour 1 enfant : 1,31 % du PMSS soit 44,91 €	- pour 1 enfant : 0,92 % du PMSS soit 31,54 €

* La cotisation est prélevée mensuellement sur le compte de l'affilié, remplir le **mandat de prélèvement SEPA** ci-joint et joindre un **relevé d'identité bancaire** du compte à débiter

(2) Selon la situation au dernier jour du contrat de travail

BÉNÉFICIAIRE SANTÉ À GARANTIR

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale ⁽²⁾
Conjoint ⁽¹⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> lié(e) par un PACS <input type="checkbox"/> Concubin(e) - Date de mariage ou concubinage <input type="text"/>			
1 ^{er} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Lien de parenté <input type="text"/> Si l'enfant est âgé de + 20 ans, indiquer le motif du maintien à charge ⁽³⁾ <input type="text"/>			
2 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Lien de parenté <input type="text"/> Si l'enfant est âgé de + 20 ans, indiquer le motif du maintien à charge ⁽³⁾ <input type="text"/>			
3 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Lien de parenté <input type="text"/> Si l'enfant est âgé de + 20 ans, indiquer le motif du maintien à charge ⁽³⁾ <input type="text"/>			
4 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Lien de parenté <input type="text"/> Si l'enfant est âgé de + 20 ans, indiquer le motif du maintien à charge ⁽³⁾ <input type="text"/>			
5 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Lien de parenté <input type="text"/> Si l'enfant est âgé de + 20 ans, indiquer le motif du maintien à charge ⁽³⁾ <input type="text"/>			

(1) ou partenaire lié par un PACS ou concubin - (2) enfant à charge au sens du régime - (3) Joindre un justificatif : certificat de scolarité, etc.

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, les données à caractère personnel sont collectées pour les besoins de votre demande d'adhésion, 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 Malakoff Humanis.

Le soussigné, certifie complets et exacts les renseignements portés sur la présente demande et s'engage à signaler tout changement dans sa situation.

À le

Signature du salarié précédée de la mention "lu et approuvé"

Malakoff Humanis Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale - Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181.
La Mutuelle Générale : Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, Immatriculée au SIREN sous le numéro 775 685 340 - Siège social : I-II rue Brillat-Savarin CS 21363 75634 Paris cedex 13.

Nos organismes sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 Place de Budapest - 75436 Paris cedex 09.

Toutes les informations collectées sont obligatoires pour votre organisme assureur, responsable de 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 Paris cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.