

Contrat ORANGE | Santé

PARTICIPANT

Nom

Nom de naissance

Prénom

N° de Sécurité sociale

Sexe F M Civilité M. Mme

Situation de famille

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

Date de naissance

Salarié de l'entreprise

Rés, Bât, Appt.

N° Adresse

Code postal Ville

Téléphone

e-mail

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DÉCLARATION

- 1 - Écrivez en lettres capitales.
- 2 - **Datez et signez votre déclaration.**
- 3 - **Transmettez le tout, dûment complété et signé par mail :**
prevoyance@malakoffhumanis.com
Ou par courrier à :
Malakoff Humanis
CP 240
303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans cedex 9

CHOIX (cocher la case correspondante)

Je demande une dispense d'affiliation au régime collectif et obligatoire de remboursement de frais médicaux en vigueur au sein de la société , pour le motif suivant :

- Je suis en contrat de travail à durée déterminée (CDD, apprenti, contrat de professionnalisation). La durée de mon contrat est inférieure à 12 mois. Je n'ai pas de justificatif de couverture santé individuelle à fournir.
- Je suis en contrat de travail à durée déterminée (CDD, apprenti, contrat de professionnalisation). La durée de mon contrat est supérieure ou égale à 12 mois. Je bénéficie d'une couverture santé individuelle par un autre organisme et un justificatif de cette couverture me sera demandé (*).
- Je suis à temps partiel ou en apprentissage et l'adhésion au système de garanties de frais médicaux m'amènerait à acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de ma rémunération brute.
- Je bénéficie de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS).
- Je bénéficie d'une assurance individuelle santé à la date de mon embauche (*) (La dispense court jusqu'à la date d'échéance de cette assurance). Le nom de mon assureur actuel est et la date de fin de ma couverture individuelle est
- Je bénéficie, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture complémentaire santé collective et obligatoire d'entreprise ou du régime de la CAMIEG, ou d'une Mutuelle des agents de l'état ou des collectivités territoriales, ou d'un contrat d'assurance groupe dit Madelin ou du régime local d'assurance maladie d'Alsace Moselle (*)

(*) Pour ces cas, l'assureur Malakoff Humanis me contactera afin que je lui fournisse le justificatif.



La dispense ne peut être mise en œuvre que sur demande expresse de ma part via ce formulaire. Je devrai produire, le cas échéant, à la demande de Malakoff Humanis, le justificatif permettant de vérifier les conditions de la dispense. À défaut, je serai automatiquement affilié(e) au régime de remboursement de frais médicaux du Groupe Orange.

La dispense prendra fin si ma situation évolue ou si je ne produis plus le justificatif attendu. Si je ne remplis plus les conditions de dispense, je devrai en informer mon employeur par l'intermédiaire de Malakoff Humanis. Je serai alors automatiquement affilié(e) au régime de remboursement de frais médicaux du Groupe Orange.

Je reconnais avoir été informé(e) des effets de la dispense. Elle permet de ne pas adhérer au régime frais de santé du Groupe et d'être exonéré(e) de la cotisation correspondante. La dispense entraîne de fait, le renoncement au financement patronal au régime frais de santé, la perte de l'accès aux services connexes liés à la complémentaire santé (Assistance, plateforme de devis et accès au réseau de soins) ainsi que la perte du maintien des droits en cas de chômage indemnisé à l'issue du contrat et du maintien des garanties au titre de la loi Evin (art.4 de la loi 89-1009).

À le

Signature du salarié

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.