

## Orange | Santé | Anciens salariés et leurs ayants droit (Génération 2023)

### 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

### 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- Datedez 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/](http://www.prevoyons.com/)  
ESPACE PERSONNEL

Rés, Bât, Appt.

N°  Adresse

Code postal  Ville

Téléphone

e-mail

Pour toutes informations :  
Mail : [prevoyance@malakoffhumanis.com](mailto:prevoyance@malakoffhumanis.com)  
Tél. : 09 69 39 72 72 (appel non surtaxé)

### SITUATION ACTUELLE

Je déclare me trouver dans la situation ci-après <sup>(1)</sup>

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.

## 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<sup>er</sup> janvier 2023 :

Régime général	Régime Alsace Moselle
<b>Catégorie cadre<sup>(2)</sup></b>	<b>Catégorie cadre<sup>(2)</sup></b>
- pour 1 adulte : 3,51 % du PMSS soit 128,68 €	- pour 1 adulte : 2,46 % du PMSS soit 90,18 €
- pour 1 enfant : 1,93 % du PMSS soit 70,75 €	- pour 1 enfant : 1,35 % du PMSS soit 49,49 €
<b>Catégorie non cadre<sup>(2)</sup></b>	<b>Catégorie non cadre<sup>(2)</sup></b>
- pour 1 adulte : 2,38 % du PMSS soit 87,25 €	- pour 1 adulte : 1,67 % du PMSS soit 61,22 €
- pour 1 enfant : 1,31 % du PMSS soit 48,02 €	- pour 1 enfant : 0,92 % du PMSS soit 33,73 €

\* 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 <sup>(2)</sup>
Conjoint <sup>(1)</sup>	<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 <sup>er</sup> 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 <sup>(3)</sup> <input type="text"/>			
2 <sup>ème</sup> 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 <sup>(3)</sup> <input type="text"/>			
3 <sup>ème</sup> 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 <sup>(3)</sup> <input type="text"/>			
4 <sup>ème</sup> 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 <sup>(3)</sup> <input type="text"/>			
5 <sup>ème</sup> 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 <sup>(3)</sup> <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 de l'ancien 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.