

# BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

## SANTÉ ENTREPRISE

### INFORMATIONS RELATIVES À VOTRE CONSEILLER ADEP

Nom : ..... Prénom : .....  
 Agence  Conseiller enregistré à l'ORIAS n° : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Cachet :

### À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

Toutes les réponses sont obligatoires. **Sauf** lorsque figure un astérisque(\*).

Raison sociale : .....  
Collège : ..... Formule souscrite : .....

Cachet de l'entreprise :

AFFILIATION DU CONJOINT ET DES AYANTS DROIT, À TITRE  OBLIGATOIRE  FACULTATIF

### AFFILIATION DU SALARIÉ

MME

MR

Nom ..... Nom de naissance ..... Prénom .....  
Motif de l'inscription :  Adhésion  Embauche Date d'effet [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Profession .....  
Né(e) le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] à ..... Code Postal [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Pays .....  
N° de S.S. [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] N° d'organisme d'affiliation [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Téléransmission :  Oui  Non  
Adresse .....  
Code Postal [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville ..... Tél. domicile .....  
Nombre d'enfant(s) à charge [ ] [ ] adresse mail\* ..... Tél. portable\* .....  
N° C.N.I ou de passeport ..... Délivré(e) le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] par .....  
Situation familiale  Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Union libre  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)  
Bénéficiaire de l'indemnité funéraire<sup>(1)</sup> : NOM : ..... Prénoms : .....  
Nom de naissance : ..... né(e) le : ..... à : ..... Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Pays : .....

\*  en cochant cette case vous acceptez de recevoir des informations sur votre contrat ou des offres commerciales de l'ADEP, par mail et par téléphone portable

### AFFILIATION CONJOINT & AYANTS DROITS

1 Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe :  F  M Né(e) le : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Lien avec l'Adhérent(e) :  Conjoint, concubin, PACS  Enfant  Autre : .....  
N° de Sécurité sociale [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Numéro obligatoire pour les échanges Noémie  
Bénéficiaire de l'indemnité funéraire et le cas échéant de l'option allocation frais obsèques<sup>(1)</sup> : NOM : ..... Prénoms : .....  
Nom de naissance : ..... né(e) le : ..... à : ..... Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Pays : .....  
2 Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe :  F  M Né(e) le : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Lien avec l'Adhérent(e) :  Conjoint, concubin, PACS  Enfant  Autre : .....  
N° de Sécurité sociale [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Numéro obligatoire pour les échanges Noémie  
Bénéficiaire de l'indemnité funéraire et le cas échéant de l'option allocation frais obsèques<sup>(1)</sup> : NOM : ..... Prénoms : .....  
Nom de naissance : ..... né(e) le : ..... à : ..... Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Pays : .....  
3 Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe :  F  M Né(e) le : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Lien avec l'Adhérent(e) :  Conjoint, concubin, PACS  Enfant  Autre : .....  
N° de Sécurité sociale [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Numéro obligatoire pour les échanges Noémie  
Bénéficiaire de l'indemnité funéraire et le cas échéant de l'option allocation frais obsèques<sup>(1)</sup> : NOM : ..... Prénoms : .....  
Nom de naissance : ..... né(e) le : ..... à : ..... Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Pays : .....  
4 Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe :  F  M Né(e) le : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Lien avec l'Adhérent(e) :  Conjoint, concubin, PACS  Enfant  Autre : .....  
N° de Sécurité sociale [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Numéro obligatoire pour les échanges Noémie  
Bénéficiaire de l'indemnité funéraire et le cas échéant de l'option allocation frais obsèques<sup>(1)</sup> : NOM : ..... Prénoms : .....  
Nom de naissance : ..... né(e) le : ..... à : ..... Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Pays : .....

Date d'effet souhaitée :  
sous réserve du paiement de la 1<sup>ère</sup> cotisation

<sup>(1)</sup> Bénéficiaire de l'indemnité funéraire : Le capital est versé à la personne ayant réglé les frais d'obsèques. L'Assuré peut désigner, en cas de sur-plus, le ou les bénéficiaires dans le Bulletin Individuel d'Affiliation (renseigner le nom, nom de naissance, prénom, date et lieu de naissance [code postal et ville]) et ultérieurement, par avenant de l'adhésion. La désignation du bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque le bénéficiaire est nommé, l'Assuré doit indiquer les coordonnées du bénéficiaire. La clause bénéficiaire peut être modifiée si celle-ci n'est plus appropriée. L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire.

### COTISATION ET RÈGLEMENT DES ADHÉSIONS À TITRE FACULTATIF (CONJOINT & AYANTS DROIT) LA FORMULE EST IDENTIQUE À CELLE DU SALARIÉ

NOMBRE D'ASSURÉS (CONJOINTS + AYANT(S) DROIT) :

COTISATION MENSUELLE TTC

€ **Merci de compléter le mandat de prélèvement SEPA ci-après** - Joindre au mandat de prélèvement SEPA, dûment complété et signé le relevé d'identité bancaire ou postal s'y rapportant

Règlement par prélèvement, le 10 de chaque :  Mois

#### EN CAS DE PAIEMENT EN ESPÈCES À L'ADHÉSION :

Merci de préciser l'origine des fonds (salaire, épargne, ...), en vertu de la loi sur le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme :  
«Je certifie sur l'honneur que les sommes versées au titre de cette adhésion n'ont pas d'origine délictueuse ou criminelle au sens des articles L561-1 et suivants du Code Monétaire et Financier, 324-1 et suivants, 421-2-2 et 421-5 du Code Pénal et 415 du Code des Douanes relatifs au blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et déclare être pleinement informé(e) que Mutuelle Bleue et ADEP ont des obligations légales et réglementaires de déclaration de soupçon à TRACFIN.»

Signature de l'ADHÉRENT(E)

(payeur des cotisations)

### DÉCLARATIONS ET SIGNATURES

Je certifie la sincérité et l'exactitude des déclarations et informations données sur la présente demande d'adhésion me concernant ainsi que celles des assurés garantis.

Conformément à l'article 9 de la Loi n° 89-1009, dite « Loi Evin » du 31 décembre 1989 et l'article 2 de son Décret d'application, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie que celle-ci soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

J'ai été informé que les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie qu'elle soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Les informations recueillies à travers ce formulaire sont destinées à la gestion et au suivi d'un contrat d'assurance, et font l'objet d'un traitement par ADEP et Mutuelle Bleue en tant que responsables de traitement. Celui-ci se fonde sur l'exécution du Contrat d'assurance.

Ces informations peuvent être également utilisées aux fins d'études statistiques et à des fins commerciales (sauf opposition).

Les données collectées par voie de formulaires et présentées comme obligatoires dès lors qu'elles ne sont pas indiquées comme facultatives par une (\*), et sont nécessaires à la mise en œuvre de ce traitement. En cas de réponse incomplète de votre part, nous pourrions ne pas être en mesure de donner suite à votre demande. Les données facultatives nous servent à mieux vous connaître dans le cadre de la gestion commerciale de votre contrat.

Les données personnelles ne sont pas conservées au-delà des durées applicables de prescription et de conservation des documents commerciaux et comptables et ne sont accessibles qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre ainsi qu'aux tiers (fournisseurs logiciels, réseaux, ...) dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la (ou les) finalité(s) déclarée(s).

Toute personne concernée peut demander l'accès, la rectification, l'effacement, une limitation ou opposition au traitement, la portabilité de ses données ou introduire une réclamation ou des directives post mortem en écrivant au Délégué à la protection des données (Anaxil), ADEP-574 Route de Cornélihan, 34500 Béziers ou envoyer un courriel à dpo@adep.com. Plus de détails sur <https://www.adep.com/politique-de-protection-des-donnees-personnelles>.

Enfin, nous vous informons que vous pouvez introduire une réclamation auprès

de la CNIL concernant la protection de leurs données personnelles, à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenay, 75007 Paris.

J'accepte que mes données à caractère personnel soient utilisées par ADEP à des fins commerciales

J'accepte que mes données à caractère personnel soient utilisées par les partenaires d'ADEP à des fins commerciales

En cas de souscription d'extension, le certificat d'adhésion définitif mentionnant le numéro du contrat et votre numéro d'adhérent sera émis et vous sera adressé prochainement par ADEP : 11 imm West Side - ZI JARRY-rue F.Forest Prolongée 97122 BAIE MAHAULT SAS ADEP - société de courtage en assurance RCS de Pointe à Pitre 480 434 281 inscrite à l'ORIAS sous le n° 07 035 445

Produit assuré par Mutuelle Bleue : Siège Social : 68, rue du Rocher - CS 60075 - 75396 Paris cedex 08, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité immatriculée au répertoire Siren sous le n° 775 671 993 Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution 4 Place de Budapest, 75436 PARIS CEDEX 09

### SIGNATURE

Fait à : .....  
Le : .....

Signature du salarié

Précédé de la mention «lu et approuvé»



# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

RÉFÉRENCE UNIQUE DE MANDAT N°

001

Cadre réservé à ADEP

**CRÉANCIER :** **ADEP**  
CS 80618  
574 route de Corneilhan  
34535 BÉZIERS CEDEX

**I.C.S. :** FR8161212511611511  
Identifiant Créancier SEPA

Type de paiement :  Récurrent/Répétitif  Ponctuel/Unique

*Mandat à retourner complété et signé à :*

**ADEP - CS 80618 - 574 Route de Corneilhan - 34535 BÉZIERS CEDEX**

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client.

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, l'Adhérent(e), l'Assuré(e) ou le Bénéficiaire, bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et de portabilité des données, ainsi que de limitation ou d'opposition au traitement des données le concernant.

Ces droits peuvent être exercés en s'adressant au Délégué à la protection des données, DPO ADEP - 574 route de Corneilhan - CS 80618 - 34535 BÉZIERS cedex ou par e-mail à [dpo@adep.com](mailto:dpo@adep.com).

En outre, les Assurés ont la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel applicables après leur décès.

Les données à caractère personnel ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement, sous réserve du respect des délais de conservation rendus nécessaires par la loi (notamment par l'effet des prescriptions légales). En cas de désaccord, l'Adhérent(e), l'Assuré(e) et le Bénéficiaire, peuvent introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris

**DÉBITEUR :**

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Votre adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Coordonnées IBAN du compte à débiter (*International Bank Account Number*)

\_\_\_\_\_

BIC : \_\_\_\_\_

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ADEP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'ADEP.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé ; sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Fait à : \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

*Signature de l'Adhérent(e)*

*Signez ici*