

Régime d'accueil des retraités

Bulletin à retourner à votre mutuelle accompagné des pièces justificatives

● DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION

--	--	--	--	--

INSCRIPTION DES BÉNÉFICIAIRES

● RETRAITÉ ADHÉRENT

Nom	Prénom	Date de naissance	N° Sécurité sociale	Code S.S. (1)	Connexion Noémie
					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Adresse _____

Code postal : _____ Ville _____

Téléphone : _____ Adresse mail _____ @ _____

● CONJOINT DU RETRAITÉ

Nom	Prénom	Date de naissance	N° Sécurité sociale	Code S.S. (1)	Connexion Noémie
					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

● ENFANTS À CHARGE (2)

Nom	Prénom	Date de naissance	N° Sécurité sociale	Code S.S. (1)	Connexion Noémie
					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

(1) Code S.S. : Régime de Sécurité sociale : **A** : Régime Général ; **B** : Régime Alsace-Moselle ; **C** : Régime Etudiant ; **D** : Autre Régime
(2) Pour toute famille supérieure à trois enfants, veuillez joindre un bulletin complémentaire

✓ Je joins les pièces justificatives indiquées au verso

● CONNEXION NOEMIE (cocher les cases si besoin)

Précisez si vous autorisez l'échange d'information entre votre caisse d'Assurance maladie et votre mutuelle (connexion NOEMIE).

CHOIX DU NIVEAU DE GARANTIE

Cochez la case de votre choix :

« Convention Santé » :

Cette garantie permet, pour une cotisation modérée, de rembourser des frais médicaux courants sur la base des tarifs pris en charge par la Sécurité sociale. Elle a été élaborée pour offrir un niveau de couverture comparable à celle apportée préalablement à la mise en place de l'Accord Groupe par les mutuelles d'entreprises existantes au sein du Groupe SAFRAN ;

« Safran Santé » :

Apportant une couverture à l'identique de celle prévue par le régime obligatoire des salariés actifs (Ma Prévoyance Santé) ;

« Safran Santé + » :

Apportant une couverture à l'identique de celle prévue par le régime obligatoire complété par l'option facultative du régime des actifs (Ma Prévoyance Santé +).



Institution de Prévoyance régie par le titre III du Livre IX
du Code de la Sécurité sociale
Siège social : 7, rue Magdebourg - 75016 Paris



Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (U.N.P.M.F.)
Union soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité,
enregistrée au Registre National des Mutuelles sous le n° 442 574 166
Agréée pour les branches 1, 2, 20, 21 et 22
Siège social : 255, rue de Vaugirard - 75015 Paris

CHOIX DE LA MUTUELLE GESTIONNAIRE

Nous vous invitons à vous reporter à la liste des mutuelles figurant dans la notice. Nous vous remercions de nous préciser si vous êtes adhérent à l'une d'entre elles. Si oui, laquelle : _____

Je ne souhaite pas changer d'organisme gestionnaire

Je demande à adhérer à la mutuelle : _____ (préciser)

Votre bulletin est à adresser directement à la mutuelle choisie par vos soins.

PIÈCES À JOINDRE

Adhérent	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) + Copie du livret de famille, s'il y a des enfants non à charge Sécurité sociale + Relevé d'Identité Bancaire du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations.
Conjoint	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale), s'il est lui-même assuré social.
Concubin	Justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture EDF, d'un avis d'imposition + attestation d'immatriculation Sécurité sociale (Vitale), s'il est lui-même assuré social.
Partenaire de PACS	Pacte Civil de Solidarité ou attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal d'Instance + attestation d'immatriculation Sécurité sociale (Vitale), s'il est lui-même assuré social.
Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) du salarié ou de son conjoint ou concubin, justifiant de la qualité d'ayant droit.
Enfant de moins de 26 ans, étudiant	Certificat de scolarité ou copie carte d'étudiant Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) du régime étudiant.
Enfant de moins de 26 ans, en contrat d'apprentissage ou formation en alternance	Contrat d'apprentissage ou de formation en alternance + Dernier bulletin de salaire + Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale).
Enfant de moins de 26 ans ayant terminé ses études et en recherche d'un premier emploi, dans la limite de 12 mois	Certificat de scolarité de la dernière année d'études + Attestation d'inscription au Pôle Emploi + Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale).
Enfant atteint d'une infirmité l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon la réglementation S.S.)	Notification d'invalidité ou décision de la CDAPH.

CADRE RÉSERVÉ A L'ADHÉRENT

Fait à _____ le _____

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Conformément à la loi Informatique et Libertés, nous vous informons que la réponse à ces questions est obligatoire pour la souscription de la garantie. Elles sont destinées à votre mutuelle gestionnaire ainsi qu'à l'Union Nationale de Prévoyance de la Mutualité Française (U.N.P.M.F.). Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification qui s'exerce auprès de votre mutuelle gestionnaire et de l'U.N.P.M.F.