

Bulletin Individuel d'Adhésion

► Santé Entreprise

CBT AIAC SUD OUEST
14 RUE DE CLICHY
75009 PARIS
05 59 23 14 27

Projet N° 2015-320-0183

A compléter par l'employeur

Raison sociale de l'entreprise : COMITE REGIONAL OU DEPARTEMENTAL- SPORTS N° du Contrat socle : _____

Catégorie de personnel concernée : Ensemble des salariés et des assimilés salariés au sens de l'article L 311-3 du code de la Sécurité sociale Date d'effet :
Date d'entrée dans l'entreprise ou le collège : Date d'adhésion du salarié au contrat :

A compléter par l'adhérent

Nom (majuscules) M Mme Mlle Prénom :
Nom de jeune fille : N° de Sécurité sociale : _____
Adresse : Date de naissance :
Code Postal : Ville :

Situation de l'adhérent : Marié Célibataire, veuf, divorcé PACS ou concubinage
J'exerce ou ai exercé depuis moins d'un an pour le compte d'un autre Etat des fonctions publiques, juridictionnelles ou administratives (parlementaire, ambassadeur, consul, membre de direction d'une entreprise publique ...) : Oui Non
Une personne de ma famille ou de mon entourage (membre direct de ma famille ou personne étroitement associée) exerce ou a exercé depuis moins d'un an pour le compte d'un autre Etat des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives. : Oui Non

Document à joindre obligatoirement par l'adhérent :

- une photocopie de votre attestation d'assurance maladie en cours de validité délivrée avec votre carte vitale par la sécurité sociale
- votre relevé d'identité bancaire, postal ou caisse d'épargne

A compléter par l'adhérent : les bénéficiaires

MEMBRES DE LA FAMILLE BENEFICIAIRES DU CONTRAT FRAIS DE SANTE

Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale utilisé pour les remboursements	Autre régime complémentaire santé ?	
				Oui	Non
Le conjoint, concubin(e) ou Partenaire PACS			_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les enfants à charge			_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Document à joindre obligatoirement pour chacun des bénéficiaires :

- une photocopie de l'attestation d'assurance maladie en cours de validité délivrée avec la carte vitale où figurent les bénéficiaires désignés ci-dessus et,
- pour les concubins, un justificatif de domicile commun ; pour les PACS, une copie du Pacte Civil de solidarité,
- pour les enfants majeurs les documents justifiants de leur situation : étudiants, photocopie attestation Sécurité sociale des étudiants ; formation alternance, photocopie du contrat de travail,
- pour les enfants handicapés, une copie de leur carte d'invalidité civil et un justificatif de versement de l'allocation pour adulte handicapé.

BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION

Législation relative au traitement des données à caractère personnel

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 Janvier 1978, je reconnais être informé par l'assureur en sa qualité de responsable de traitement que :

- les réponses aux questions que me sont posées sont obligatoires et qu'en cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à mon égard peuvent être la nullité du contrat (article L 113-8 du Code des Assurances) ou la réduction des indemnités (article L 113-9 du Code des Assurances)
- la finalité du traitement est la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat d'assurance mais que mes données pourront également être utilisées dans la mesure où elles seraient nécessaires à la gestion ou à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de l'assureur ou auprès d'autres sociétés du Groupe auquel il appartient.
- les destinataires des données me concernant sont principalement les collaborateurs de l'assureur mais aussi ses intermédiaires, réassureurs et organismes professionnels habilités.
- en sa qualité d'organisme financier, l'assureur est soumis aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, qu'à ce titre, il met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon ou à une mesure de gel des avoirs conformément à l'autorisation unique donnée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 16 Juin 2011.
- en sa qualité d'assureur, il est fondé à utiliser mon numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques pour la gestion des risques d'assurance complémentaire santé, retraite supplémentaire, responsabilité civile et pour la gestion des rentes et ce, conformément à l'autorisation unique donnée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 23 Janvier 2014.
- mes données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance que la CNIL a autorisé l'assureur à mettre en œuvre conformément à l'autorisation unique en date du 17 Juillet 2014 ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.
- en sa qualité d'assureur, il est fondé à effectuer des traitements de données relatives aux infractions, condamnations et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du contrat d'assurance, soit en cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion de contentieux conformément à l'autorisation unique donnée par la CNIL en date du 23 Janvier 2014.
- mes données personnelles pourront également être utilisées par l'assureur dans le cadre de traitements qu'il met en œuvre et dont l'objet est la recherche et le développement pour améliorer la qualité ou la pertinence de ses futurs produits d'assurance et offres de services
- les données à caractère personnel me concernant peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de l'assureur établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne.

Des garanties sont prises par Axa pour assurer un bon niveau de protection de ces données.

En me rendant sur le site Axa.fr à la rubrique « données personnelles », je trouverai plus de détails sur : la finalité de ces accessibilités aux données, les pays de localisation des destinataires et sur les garanties de sécurité prises.

Je peux également demander une communication de ces renseignements par voie postale en m'adressant à « Axa – Service Information Client – 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex ».

Pour exercer mon droit d'accès et de rectification sur l'ensemble des données me concernant, je peux écrire à « Axa – Service Information Client – 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex ».

Par ailleurs, j'autorise l'assureur responsable du traitement de souscription, gestion et exécution du contrat d'assurance, à collecter et à traiter les données de santé me concernant.

Je reconnais être informé(e) que les données recueillies par l'assureur lors de l'adhésion et des actes de gestion peuvent être utilisées par les entités du Groupe AXA à des fins de prospection commerciale auxquelles je peux m'opposer en cochant la case ci-contre

Fait à Le

Signature de l'adhérent précédée de la mention « lu et approuvé »

Cachet de l'entreprise