



Date d'effet (JJMMAAAA) 01/\_\_\_/\_\_\_

Affiliation de l'adhérent

En cas de modification :

- Ajout de garantie - cocher la ou les garantie(s) à ajouter
- Baisse de garantie - cocher la ou les garantie(s) à supprimer
- Radiation de l'adhérent

Rappelez simplement vos nom, prénom, n° d'adhérent et complétez les champs concernés

N° adhérent

Nom Etablissement : \_\_\_\_\_

**Veillez indiquer votre statut actuel :**

- CNRACL (fonctionnaires titulaires, fonctionnaires stagiaires)
- ASSISTANT FAMILIAL / MATERNEL
- IRCANTEC (CDI, CDD)
- CONTRACTUEL DE DROIT PRIVE (apprentis)

Je suis actuellement en arrêt de travail

Oui

Non

Je suis actuellement assuré auprès d'un autre organisme pour les mêmes garanties

Oui

Non

## ADHERENT

M  MME

NOM

PRENOM

NOM DE JEUNE FILLE

N° Sécurité sociale

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Date d'embauche (JJ/MM/AAAA)

Adresse

Code Postal

Commune

Pays

Téléphone

E-mail

@

## GARANTIES SUPPLEMENTAIRES

**Rappel :** L'offre de base souscrite par mon employeur comprend la garantie Incapacité Temporaire de Travail

Garanties optionnelles :

- Garantie « Invalidité »
- Garantie « Perte de retraite » - Garantie indissociable de la garantie « Invalidité »
- Garantie « Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » Si je ne souhaite pas l'application de la clause contractuelle, je complète la désignation de bénéficiaire(s) jointe en annexe

## PIECES A JOINDRE

Avant de transmettre le bulletin d'affiliation à votre service Ressources Humaines, dûment rempli et signé, MERCI DE JOINDRE :

- Photocopie de votre carte d'identité ou passeport
- Un RIB/IBAN à votre nom
- Copie du bulletin de salaire du mois de décembre, à défaut le dernier bulletin de salaire

## FACULTE DE RENONCIATION A L'ADHESION

A compter de la prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle, je dispose de 30 jours calendaires pour renoncer à mon adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception, à envoyer à Gras Savoye Santé – TSA 90 411 - 69303 LYON CEDEX 07.

Exemple de lettre de renonciation :

« Je soussigné (Nom, Prénom), demeurant (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro d'adhésion) au contrat collectif à adhésion facultative conclu auprès de Gras Savoye.  
Fait à \_\_\_\_ le \_\_\_\_ . »

## INFORMATIONS LEGALES

Nous vous informons que les données à caractère personnel que Gras Savoye recueille dans le cadre du présent bulletin d'adhésion sont nécessaires afin d'assurer la prise en compte de votre adhésion et la gestion de votre contrat. Pour cette gestion, ces données peuvent être transmises aux organismes de Sécurité Sociale et/ou de tiers payant. Elles peuvent également être communiquées à des experts, à nos conseils et à nos prestataires et sous-traitants. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance ou le consentement concernant l'éventuel traitement de vos données de santé. Vos données personnelles sont également susceptibles d'être utilisées dans le cadre de la gestion de tout litige éventuel ainsi que de la lutte contre la fraude à l'assurance, la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Enfin, à défaut d'opposition expresse de votre part, Gras Savoye pourra vous adresser des courriers ou emails d'information en lien avec votre contrat sans caractère commercial. Ces données sont conservées aussi longtemps que nécessaire pour la gestion de votre contrat et au-delà, à compter de sa résiliation, pendant la durée autorisée ou imposée par une disposition légale ou réglementaire.

Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez également vous opposer à tout moment pour motifs légitimes à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement. Il est précisé que l'exercice de certains de ces droits peut entraîner au cas par cas pour Gras Savoye, l'impossibilité de gérer votre contrat et donc les prestations liées à ce dernier. Vous pouvez exercer vos droits à tout moment, sous réserve de justifier de votre identité, et contacter le Délégué à la Protection des Données par l'envoi d'un courrier à l'attention de Gras Savoye – Délégué à la Protection des Données – Immeuble Quai 33 - 33/34 quai de Dion Bouton -CS 70001 - 92814 Puteaux Cedex ou par l'envoi d'un email à l'adresse suivante : [informatique.libertes@grassavoye.com](mailto:informatique.libertes@grassavoye.com). Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : CNIL – 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.

J'atteste de l'exactitude des renseignements fournis dans ce document et m'engage à signaler toute modification. En fournissant à Gras Savoye mes données personnelles et, notamment des données à caractère médical, j'autorise expressément leur utilisation pour les besoins de la prise en compte de mon adhésion et de la gestion de mon contrat. Par ailleurs, si vous nous fournissez des renseignements au sujet d'une personne autre que vous-même, vous vous engagez à l'informer de notre utilisation de ses données personnelles et à obtenir un tel consentement en notre nom

Cachet de l'établissement

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signature de l'adhérent précédée de la mention "lu et approuvé"

Ce document ainsi que les justificatifs sont à transmettre à votre service Ressources Humaines qui les retournera soit par courrier soit par mail à :

GRAS SAVOYE SANTE | TSA 90 411 | 69303 LYON CEDEX 07 | [sante.adherent@grassavoye.com](mailto:sante.adherent@grassavoye.com)

Le formulaire spécifique de désignation de bénéficiaires est à transmettre à l'adresse suivante :

**IPSEC – SIP – Gestion des désignations de bénéficiaires**  
**16 – 18 place du Général CATROUX – 75848 PARIS Cedex 17**

Conservez une copie de cet imprimé puis envoyez l'original à :  
Ipsec – DSAV – Gestion des désignations de bénéficiaires – Tour Egée - 9 allée de l'Arche - CS 30113 - 92671 Courbevoie cedex

**IMPORTANT** : nous vous invitons à lire votre Notice d'information, ainsi que les recommandations ci-dessous.  
Pour tout conseil, n'hésitez pas à contacter l'Ipsec au : 01.56.21.18.92

## VOTRE IDENTITE

Nom : ..... Nom de naissance : ..... Vous êtes :  une femme  
Prénom(s) : .....  un homme  
Date de naissance : ..... Ville et pays de naissance : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : ..... Téléphone : .....  
E-mail : ..... N° de Sécurité sociale : .....  
Nom de votre employeur (sauf si vous êtes adhérent individuel) : .....

## DESIGNATION DE BENEFICIAIRES

Si vous ne désignez aucun bénéficiaire, les bénéficiaires du capital garanti en cas de décès sont :

- En priorité votre conjoint survivant, judiciairement non séparé, non divorcé ou votre partenaire lié par un P.A.C.S. à condition qu'il ne soit pas séparé au moment de votre décès <sup>(1)</sup> ;
- à défaut, vos enfants, y compris adoptifs (adoption simple ou plénière), nés ou à naître, par parts égales entre eux ou les survivants d'entre eux ;
- à défaut, votre père et votre mère, biologiques et/ou adoptifs, vivants, par parts égales entre eux ou les survivants d'entre eux ;
- à défaut, vos frères et sœurs, biologiques et/ou adoptifs, vivants, par parts égales entre eux ou les survivants d'entre eux ;
- à défaut de tous les susnommés, vos héritiers, tels que définis, selon le cas, par la dévolution successorale ou l'attestation des héritiers, par parts égales entre eux.

Si cette clause vous convient, vous n'avez pas besoin de remplir ce formulaire. Sinon, complétez ce tableau en majuscules :

Nom + nom de naissance	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	Adresse postale (obligatoire) + E-mail (facultatif)	Qualité	Part <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Le concubin n'est assimilé ni au conjoint ni au partenaire au P.A.C.S. Si vous voulez le désigner comme bénéficiaire, vous devez compléter le tableau.

<sup>(2)</sup> Si vous désignez plusieurs bénéficiaires, précisez dans cette colonne :

- Si les bénéficiaires viennent en rang successif : « à défaut » ;
- S'ils sont désignés conjointement : « par parts égales » ou le pourcentage du capital qui doit revenir à chacun (le total des parts doit être égal à 100 %).

## SIGNATURE

Je certifie qu'aucune désignation antérieure n'a été acceptée par au moins un bénéficiaire.

Je certifie l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus.

Je note que, pour être opposable à l'Ipsec, la présente désignation doit avoir été reçue par l'Institution au plus tard le jour de mon décès et que, dès sa réception par l'Ipsec, la présente désignation rend caduque de plein droit toute désignation reçue antérieurement par l'Ipsec ou éventuellement conservée par mon employeur.

J'accepte les conditions et modalités de validation de la présente désignation par l'Ipsec.

Fait à : ....., le : ..... Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Conformément à la réglementation sur la protection des données, vous pouvez à tout moment vous opposer à l'utilisation de vos données personnelles à des fins de prospection commerciale par l'Ipsec et ses partenaires. Vous bénéficiez également d'un droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel vous concernant en écrivant au Délégué à la Protection des Données sur [dpo@ipsecprev.fr](mailto:dpo@ipsecprev.fr) ou à : Ipsec - À l'attention du Délégué à la protection des données - Tour Egée - 9 allée de l'Arche - CS 30113 - 92671 Courbevoie cedex. Nous pouvons vous demander de nous fournir un justificatif d'identité avant de répondre à votre demande.

## COMMENT REDIGER VOTRE DESIGNATION DE BENEFICIAIRES ?

Nous vous invitons tout d'abord à lire votre Notice d'information. Vous y trouverez le détail des garanties applicables en cas de décès, ainsi que leurs modalités de mise en œuvre. **Si la désignation de bénéficiaires par défaut** (voir la rubrique « Désignation de bénéficiaires » ci-dessus) **vous convient, vous n'avez pas besoin de remplir ce formulaire.** Sinon :

- vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaire(s) en les nommant. *Exemple : Madame X, Monsieur Y ;*
- ou en indiquant seulement leur qualité. *Exemple : mes enfants nés ou à naître.* **ATTENTION !** Le capital sera versé à la ou aux personne(s) ayant cette qualité au moment de votre décès et non à la date à laquelle vous aurez rédigé votre désignation. Toute modification de votre situation familiale (divorce, décès, naissance...) doit vous amener à réfléchir à l'éventuelle mise à jour de votre désignation.

Si vous souhaitez désigner une personne morale (exemple : association), nous vous invitons à compléter le tableau de la manière suivante :

Nom + nom de naissance	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	Adresse postale ( <i>obligatoire</i> ) + Courriel ( <i>facultatif</i> )	Qualité	Part
Raison sociale de la personne morale		N° SIRET de la personne morale		Adresse actuelle		

Si vous désignez plusieurs bénéficiaires, choisissez le type de désignation le mieux adapté entre désignation successive et désignation conjointe :

### LA DESIGNATION SUCCESSIVE

Vous pouvez désigner plusieurs bénéficiaires selon un certain ordre, déterminés les uns à défaut des autres. La désignation est dite « successive ». Dans ce cas, précisez « à défaut » dans la colonne « Part » de votre désignation. Lors de votre décès, le capital est versé au bénéficiaire désigné en premier. S'il refuse le versement du capital à son profit ou est lui-même décédé avant vous, le capital est versé au bénéficiaire désigné en second, et ainsi de suite. Exemple :

Nom + nom de naissance	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	Adresse postale ( <i>obligatoire</i> ) + Courriel ( <i>facultatif</i> )	Qualité	Part
X	X	jj/mm/aaaa	Ville, Pays	Adresse actuelle	ma tante	à défaut,
Y	Y	jj/mm/aaaa	Ville, Pays	Adresse actuelle	mon oncle	

### LA DESIGNATION CONJOINTE

Vous pouvez également répartir le capital entre plusieurs bénéficiaires. La désignation est dite « conjointe ». Le total des fractions de capital ainsi attribuées doit impérativement être égal à 100 % du capital.

Vous pouvez décider que chaque bénéficiaire recevra le même montant de capital. Dans ce cas, vous pouvez indiquer « par parts égales » dans la colonne « Part » de votre désignation. Exemple :

Nom + nom de naissance	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	Adresse postale ( <i>obligatoire</i> ) + Courriel ( <i>facultatif</i> )	Qualité	Part
X	X	jj/mm/aaaa	Ville, Pays	Adresse actuelle	ma tante	par parts égales
Y	Y	jj/mm/aaaa	Ville, Pays	Adresse actuelle	mon oncle	par parts égales

Si vous souhaitez que les bénéficiaires reçoivent une part différente les uns des autres, indiquez le pourcentage de capital qui revient à chacun dans la colonne « Part » de votre désignation. Exemple :

Nom + nom de naissance	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	Adresse postale ( <i>obligatoire</i> ) + Courriel ( <i>facultatif</i> )	Qualité	Part
X	X	jj/mm/aaaa	Ville, Pays	Adresse actuelle	ma tante	75 %
Y	Y	jj/mm/aaaa	Ville, Pays	Adresse actuelle	mon oncle	25 %

## ENVOI DE VOTRE DESIGNATION

**Par mesure de confidentialité, aucun duplicata de votre désignation et aucune information la concernant ne vous seront délivrés.** Nous vous conseillons de conserver une copie de cet imprimé puis d'envoyer l'original à :

Ipssec – DSAV – Gestion des désignations de bénéficiaires – Tour Egée - 9 allée de l'Arche - CS 30113 - 92671 Courbevoie cedex

## VALIDATION DE VOTRE DESIGNATION PAR L'IPSEC

Tout imprimé surchargé, raturé, faisant apparaître plusieurs écritures ou l'utilisation de stylos différents est systématiquement refusé. Afin d'éviter tout litige lié à une difficulté d'interprétation de votre désignation, l'Ipsec procède également à la vérification de sa rédaction.

L'Ipsec peut donc être amenée à vous demander d'établir une nouvelle désignation de bénéficiaires.