



pôle emploi



malakoff médéric

# GUIDE AGENT

## S’AFFILIER EN LIGNE À LA SURCOMPLEMENTAIRE

## PRÉSENTATION DU PARCOURS

1. Si vous souhaitez souscrire à la surcomplémentaire, connectez vous à l'espace Affiliation du portail Agent via le lien présent dans le mail, ou directement sur :

<http://poleemploi.malakoffmederic.com/>

2. Vous ne souhaitez pas souscrire à la surcomplémentaire? Dans ce cas, ne vous connectez pas à l'espace Affiliation du portail Agent.

Nota : Si votre situation a changé (adresse, naissance d'un enfant...).

Mettez à jour vos données sur votre espace client TouTM via le lien présent sur la page dédiée :

<http://poleemploi.malakoffmederic.com/>



The screenshot shows a website interface with a purple gear icon at the top. Below it, the text reads "Découvrez la surcomplémentaire". A paragraph explains that supplementary insurance allows for better reimbursement of expenses. A link "En savoir plus >" is provided. Below that is a briefcase icon and the question "Vous êtes agent Pôle Emploi ?". An orange button labeled "S'AFFILIER EN LIGNE" is visible. At the bottom, there is an umbrella icon.



The screenshot shows a website interface with logos for "pôle emploi", "malakoff médéric", and "MUTEX" at the top. The main heading is "Vos garanties santé évoluent en 2017". Below it, a sub-heading reads "Découvrez vos nouvelles garanties, les options de surcomplémentaire disponibles ainsi que les services de votre nouveau contrat." On the right side, there is a photo of a man in a suit talking to a woman. A button at the top right says "ACCÉDEZ À VOTRE ESPACE CLIENT TOU™".

## JE SOUHAITE SOUSCRIRE À LA SURCOMPLÉMENTAIRE : VOICI LE DÉTAIL DU PARCOURS CLIENT

- 1 Connectez vous à l'espace affiliation portail agent
- 2 Validez les conditions générales du site pour accéder au formulaire
- 3 Sélectionnez votre région de rattachement
- 4 Complétez / mettez a jour vos informations personnelles
- 5 Sélectionnez votre option
- 6 Etape Bénéficiaires : pas d'action requise
- 7 Validez votre adhésion

1

## CONNEXION ESPACE AFFILIATION PORTAIL AGENT

2

Vous avez reçu un mail de Malakoff Médéric sur votre adresse professionnelle.  
Il contient vos identifiants de connexion.

3

4

5

6

7



Saisissez votre matricule paie  
(indiqué dans le mail)

### Espace affiliation santé

#### Accès à l'Espace Affiliation

Identifiant ?

N° de Sécurité sociale ?

Connexion

Vous n'arrivez pas à vous connecter ?

Première visite ?

S'INSCRIRE

L'Espace affiliation vous permet  
d'adhérer à la mutuelle santé  
souscrite par votre employeur.

Saisissez  
les 15 chiffres de  
votre n° SS

1

2

3

4

5

6

7

## VALIDER LES CONDITIONS GÉNÉRALES DU SITE POUR ACCÉDER AU FORMULAIRE



malakoff médéric



pôle emploi

Espace affiliation santé

⊗ Déconnexion

Bienvenue sur l'Espace affiliation santé !

Cet outil vous permet de vous affilier au contrat surcomplémentaire santé :

- › Mettez à jour vos données personnelles, si besoin,
- › Renseignez les données manquantes,
- › Choisissez votre option.

Je certifie avoir pris connaissance des **conditions générales** et les accepte.

Accédez au formulaire

[Mentions légales](#) [Conditions générales d'utilisation \(CGU\)](#) [Contactez-Nous](#)

1

2

3

4

5

6

7

## SÉLECTIONNEZ VOTRE RÉGION DE RATTACHEMENT



malakoff médéric



pôle emploi

Espace affiliation santé

[\(x\) Déconnexion](#)

Etape 1 :  
Type d'affiliation

Etape 2 :  
Agent principal

Etape 3 :  
Données d'affiliation

Etape 4 :  
Vos bénéficiaires

Etape 5 :  
Récapitulatif

### Type d'affiliation

Agent actif

Votre société

Pole Emploi

Région

Liste des régions

Votre contrat

SANTE

Si ces informations ne sont pas exactes, veuillez contacter votre interlocuteur Malakoff Mederic

[ENREGISTRER POUR REPRENDRE PLUS TARD](#)

[ETAPE SUIVANTE](#)

1

2

3

4

5

6

7

## COMPLÉTEZ / METTEZ A JOUR VOS INFORMATIONS PERSONNELLES

**malakoff médéric** **pôle emploi** **Espace affiliation santé**

Étape 1: Type d'affiliation | Étape 2: Assuré principal

**Assuré principal**

Civilité: Madame  
Nom de famille: xxxxxx | Prénoms: xxxxxx  
Nom d'époux/épouse: |  
N° de Sécurité sociale: 2790800000000 | 66 | Date de naissance: 14/08/1979  
Situation de famille: |

**Coordonnées**

Lieu de résidence: de la pompe | France  
Numéro de voie: 45 | Type de voie: RUE  
Nom de voie: de la pompe  
Complément d'adresse (facultatif): |

**Contact**

Téléphone domicile (facultatif): |  
Téléphone mobile (facultatif): |  
Courriel: |

**Compte bancaire**

Renseignez les données ci-dessous conformément à votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB) : elles seront utilisées pour le versement des prestations.

Titulaire du compte bancaire: xxxxxxxxxxxx  
IBAN: FR xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx | VALIDER  
BIC: PSSSTRPPMAR

ENREGISTRER POUR REPRENDRE PLUS TARD | REVENIR À L'ÉTAPE PRÉCÉDENTE | ÉTAPE SUIVANTE

Possibilité d'enregistrer et d'interrompre le processus d'inscription pour le poursuivre plus tard

Passez à l'étape suivante pour choisir votre option

## SÉLECTIONNEZ VOTRE OPTION

1

2

3

4

5

6

7



Espace affiliation santé

🔗 Déconnexion

Etape 1 : Type d'affiliation    Etape 2 : Agent principal    **Etape 3 : Données d'affiliation**    Etape 4 : Vos bénéficiaires    Etape 5 : Récapitulatif

### Données Sécurité sociale

Etes-vous rattaché au régime local Alsace-Moselle ? [?](#)  
 Oui  Non

Organisme de rattachement [?](#)

Regime  [?](#)

Caisse  [?](#)

Centre  [?](#)

Vous souhaitez bénéficier de la télétransmission Noémie [?](#)  
 Oui  Non

Vous souhaitez bénéficier du tiers payant [?](#)  
 Oui  Non

---

### Votre affiliation au contrat collectif obligatoire

Date d'effet de l'affiliation

Type d'affiliation  [?](#)

---

### Options supplémentaires facultatives prévues par votre contrat

*Attention, ces options donneront lieu à des prélèvements de cotisations supplémentaires selon les données bancaires saisies précédemment. Vous pourrez télécharger le mandat SEPA autorisant ce prélèvement lors de l'étape de validation.*

Souhaitez-vous bénéficier d'une surcomplémentaire [?](#)  
 Oui  Non

[?](#)  
Hospitalisation

Périodicité souhaitée pour les appels de cotisations :  
 Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle

Suite au choix de votre caisse, si le centre n'est pas grisé, merci de le sélectionner

Choisissez votre option et sélectionnez la périodicité du prélèvement

Pour rappel : sélectionnez le type d'affiliation de votre contrat de base



1

## ETAPE BÉNÉFICIAIRES : PAS D'ACTION REQUISE

2



### Espace affiliation santé

[\(x\) Déconnexion](#)

3

4

Etape 1 :  
Type d'affiliation

Etape 2 :  
Agent principal

Etape 3 :  
Données d'affiliation

Etape 4 :  
 Vos bénéficiaires

Etape 5 :  
Récapitulatif

5

#### Bénéficiaires

*Pour que vos bénéficiaires puissent disposer des avantages de votre contrat, vous devez les ajouter en cliquant sur le bouton "Ajouter un bénéficiaire" et remplir tous les champs demandés. Répétez cette opération pour chacun de vos bénéficiaires.*

6

[AJOUTER UN BÉNÉFICIAIRE](#)

7

[ENREGISTRER POUR REPRENDRE PLUS TARD](#)[REVENIR À L'ÉTAPE PRÉCÉDENTE](#)[ETAPE SUIVANTE](#)

**IMPORTANT** : Vos bénéficiaires à charge sont déjà connus de Malakoff Médéric, il n'est pas nécessaire de les ajouter ici. Vous pouvez passer à l'étape suivante.

1

# VALIDEZ VOTRE ADHÉSION ★

2

3

4

5

6

7



Espace affiliation santé

[Déconnexion](#)

Etape 1 : Type d'affiliation > Etape 2 : Agent principal > Etape 3 : Données d'affiliation > Etape 4 : Vos bénéficiaires > **Etape 5 : Récapitulatif**

Le processus d'affiliation en ligne est maintenant presque terminé. Veuillez vérifier les informations saisies puis valider votre demande.

### Récapitulatif de votre demande :

Votre situation en tant qu'assuré principal :

#### Type d'affiliation :

Votre situation	Salarié actif
Votre société	POLE EMPLOI
Date d'effet de l'affiliation	01/01/2017

#### Assuré principal :

##### Assuré :

Identité	Madame VVVV JJJJ
N° de Sécurité sociale	2540987865544 66
Date de naissance	09/09/1954
Situation de famille	Marié(e)

#### Coordonnées :

Adresse	6 RUE JJJJJ 77000 MELUN FRANCE
---------	-----------------------------------

#### Contact :

Téléphone domicile	-
Téléphone mobile	-
Courriel	VVVV.JJJJ@ergfts.com

#### Compte bancaire :

IBAN	FR7612180002121887400587
BIC	REURFR33XXX

#### Données d'affiliation :

##### Données sécurité sociale :

Régime Sécurité Sociale : Général

Organisme de rattachement : 31 031 000

Vous souhaitez bénéficier du Forfait Parent

Vous souhaitez bénéficier de la Maternité Induite

##### Votre affiliation :

Date d'effet de l'affiliation : 01/01/2017

[REVENIR EN ARRIERE](#)
[REVENIR EN AVANT](#)
[CONFIRMER ET VALIDER VOTRE DEMANDE](#) ★

**Vous recevrez le récapitulatif de votre adhésion par mail après validation sur l'adresse mail saisie à l'étape 2**

## ECRAN DE CONFIRMATION



Espace affiliation santé

⌵ Déconnexion

Votre adhésion a bien été enregistrée.

Vous recevrez très prochainement votre nouvelle carte de tiers payant et vos identifiants pour accéder à votre Espace client et profiter de ses nombreuses fonctionnalités.



### ⌵ Remboursements santé

Consultez l'historique de vos remboursements santé directement en ligne, ou sur vos mobiles et tablettes.



### ⌵ Le réseau Kalivia

Profitez de prestations de qualité à tarifs négociés chez nos professionnels de santé partenaires.



### ⌵ Devis Conseil

Demandez à nos spécialistes d'analyser les tarifs proposés par votre dentiste ou votre opticien.

Découvrez Malakoff Médéric