

RÉSERVÉ À MUTUALIA

MOTIF

▶ NOUVELLE ADHÉSION

☐ Départ retraite

☐ Invalidité

☐ Fin de portabilité

☐ Licenciement

☐ Ayant-droit d'un salarié décédé

Date d'effet du contrat :

ANCIEN EMPLOYEUR

Raison sociale :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Date de fin du contrat de travail :

ADHÉRENT

☐ MME ☐ M.

NOM D'USAGE :

NOM DE NAISSANCE :

PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

EMAIL :

TÉLÉPHONE :

PORTABLE :

SITUATION FAMILIALE :

☐ CÉLIBATAIRE / ☐ MARIÉ(E) / ☐ PACSÉ(E) / ☐ VIE MARITALE / ☐ VEUF(VE) / ☐ DIVORCÉ(E)

BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE

	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° D'ASSURÉ(E) SOCIAL(E) (Pour les enfants, précisez le numéro Sécurité sociale de rattachement)	RÉGIME D'AFFILIATION CPAM, MSA, SI AUTRE PRÉCISEZ
Vous	☐ M ☐ MME				
Conjoint(e) / assimilé(e)	☐ M ☐ MME				
Enfant / ayant-droit 1	☐ M ☐ MME				
Enfant / ayant-droit 2	☐ M ☐ MME				
Enfant / ayant-droit 3	☐ M ☐ MME				

Montant cotisation mensuelle
pour l'ensemble du foyer :

Montant TTC /an au 01/01/20.....

☐ Je soussigné(e), atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies, demande le rattachement des personnes désignées ci-dessus en qualité d'ayants-droit et reconnais avoir reçu 1 exemplaire de la notice d'information. Ces garanties sont conformes aux contrats responsables. Les cotisations TTC incluent les taxes CMU (6,27%), la TSCA (7,00%). Tarif TTC au 01/01/20....., susceptible d'évolution.

PIÈCES À FOURNIR

☐ 1 photocopie de l'attestation de droits du régime de base pour vous et les personnes rattachées datant de moins de 6 mois

☐ 1 photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport du souscripteur

☐ 1 RIB pour les prélèvements accompagné du mandat de prélèvement SEPA complété et signé

☐ 1 RIB pour les prestations (si différent des cotisations)

☐ 1 extrait d'acte de décès

RÈGLEMENT DE MA COTISATION

Je règle ma cotisation par prélèvement :

☐ MENSUELLEMENT

☐ TRIMESTRIELLEMENT

☐ SEMESTRIELLEMENT

Je règle ma cotisation par chèque :

☐ SEMESTRIELLEMENT

SIGNATURE ADHÉRENT(E)

Fait à :

Le : / /

PRÉCÉDÉE DE LA MENTION « LU ET APPROUVÉ »

Informations sur le calcul des ratios prestations sur cotisations et des frais de gestion

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par la Mutuelle au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.
Prestations sur cotisations : 80,89 %

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.
Frais de gestion : 20,60 %

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est à dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.