

# BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION VIVACTIV'ETAR BZH

AFFILIATION OU  RADIATION DU SALARIÉ /  AJOUT OU  SORTIE DE BÉNÉFICIAIRE  
 CHANGEMENT DE GARANTIE OPTIONNELLE

CONTRAT DE BASE : .....

N° TIERS / N°CONTRAT : .....

DATE D'EFFET : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## EMPLOYEUR

RAISON SOCIALE : .....

N° SIRET : \_\_\_\_\_ CATÉGORIE ASSURÉE : NON CADRES

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : .....

## DANS LE CAS DE LA RADIATION DU SALARIÉ

DATE D'ENTRÉE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATE D'ENTRÉE DANS LA OU LES CATÉGORIE(S) ASSURÉE(S) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATE DE SORTIE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CAUSE : \_\_\_\_\_ CONTRAT DE TRAVAIL SUSPENDU ET INDEMNISÉ PAR L'EMPLOYEUR :  OUI  NON

## SALARIÉ(E)

MME  M. NOM D'USAGE : ..... NOM DE NAISSANCE : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SITUATION FAMILIALE :  CÉLIBATAIRE /  MARIÉ(E) /  PACSÉ(E) /  VIE MARITALE /  VEUF(VE)

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : .....

EMAIL : ..... TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_\_

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° D'ASSURÉ(E) SOCIAL(E)	RÉGIME D'AFFILIATION	SOCLÉ	OPTION 1	OPTION 2
M <input type="checkbox"/> MME <input type="checkbox"/>		____/____/____	_____		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je déclare avoir été informé(e) des modalités de résiliation et notamment de la possibilité de dénoncer mon adhésion à la surcomplémentaire après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première année pleine et entière d'adhésion, sans motif ni pénalités, par lettre simple ou sur tout autre support durable.

## EXTENSION AUX AYANTS-DROIT

	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° D'ASSURÉ(E) SOCIAL(E) (Pour les enfants, précisez le numéro Séc. sociale de rattachement)	RÉGIME D'AFFILIATION CPAM, MSA, SI AUTRE PRÉCISEZ	EXTENSION FAMILLE : COCHER ICI
Conjoint(e) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MME			____/____/____	_____		<input type="checkbox"/>
Enfant			____/____/____	_____		
Enfant			____/____/____	_____		
Enfant			____/____/____	_____		

TARIF T.T.C AU 1<sup>er</sup> JANVIER 20\_\_\_\_ €

► Ma cotisation (extension famille et option) sera prélevée mensuellement sur mon compte bancaire. Les garanties sont responsables. Les cotisations TTC incluent la taxe CMU (6,27%).

Je déclare adhérer au contrat  Mutualia Santé Vivactiv' ETAR BZH et demande le rattachement des personnes désignées ci-dessus en qualité d'ayant droit.

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts et de la notice d'information, remis par la Mutuelle.

Ce produit d'assurance complémentaire santé prévoit la prise en charge de tout ou partie des frais médicaux engagés en cas de maladie, d'accident ou de maternité, en complément non des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire, dans la limite de la garantie souscrite.

Vous êtes couvert pendant toute la durée de votre adhésion ; celle-ci est annuelle, elle se renouvelle par tacite reconduction par période d'un an, sous réserve du paiement de la cotisation annuelle.

Dossier à retourner à : MUTUALIA GRAND OUEST - 4 rue Anita Conti - CS 82320 - 56008 VANNES CEDEX

### PIÈCES À FOURNIR

- 1 photocopie de l'attestation de droits du régime de base datant de moins de 6 mois pour vous et les personnes rattachées (sauf régime agricole)
- 1 RIB pour les prestations et les prélèvements, accompagné du mandat de prélèvement SEPA complété et signé

### SIGNATURE SALARIÉ(E)

PRÉCÉDÉE DE LA MENTION «LU ET APPRUVÉ»

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies

J'accepte les échanges d'informations par télétransmission

Fait à : .....

Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### SIGNATURE EMPLOYEUR

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT ET CACHET

Fait à : .....

Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Protection des données personnelles

Les informations recueillies relatives aux données personnelles font l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la passation, la gestion, au suivi et à l'exécution du contrat. Les données personnelles peuvent également être utilisées pour des actions de fidélisation et pour améliorer la qualité de service par le biais d'enquêtes de satisfaction. Les destinataires des données sont la Mutuelle en sa qualité de Responsable de traitement des données, son gestionnaire, ses partenaires (courtiers, réassureurs) et ses sous-traitants, ainsi que le cas échéant, les organismes de Sécurité sociale et professionnels de santé. Vous êtes également susceptibles de recevoir des offres commerciales de la part de la Mutuelle, sauf opposition de votre part, pour des produits et des services analogues. En aucun cas, les données personnelles ne seront transmises à des organismes tiers en vue de démarches commerciales. En outre, les informations recueillies pourront être également utilisées dans le cadre des opérations de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, ainsi que la lutte contre la fraude, conformément à nos obligations légales. Ces informations sont conservées pendant le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de conservation et de prescription légaux. Les données personnelles des prospects qui n'ont pas conclu de contrat, sont conservées pendant trois ans maximum. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données (UE) européen 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD), vous bénéficiez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'information sur les données collectées, d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement ou de limitation du traitement ainsi que d'un droit de retrait du consentement et, pour motifs légitimes, d'opposition aux informations qui vous concernent, droit qui peut être exercé par courriel : [delegue-protection-donnees@mutualia.fr](mailto:delegue-protection-donnees@mutualia.fr) ou par voie postale : Mutualia - Protection des données personnelles - 19 rue de Paris - 93013 BOBIGNY. Une réponse vous sera apportée dans un délai d'un mois suivant la réception de votre demande. Vous disposez également d'un droit à réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <https://www.cnil.fr/fr/plaintes>. Vous avez également la possibilité d'effectuer un recours judiciaire.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations précitées et je consens à la collecte et au traitement des données personnelles tels que défini dans le cadre de ce bulletin

Si vous souhaitez recevoir les offres commerciales de nos partenaires, pour des produits et services analogues, merci de cocher cette case  // Si vous ne souhaitez pas recevoir des offres commerciales de MUTUALIA, merci de cocher cette case

Mutualia Grand Ouest, Mutuelle du livre II - Code de la Mutualité, SIREN n° 401 285 309. Siège social : 4, rue Anita Conti - 56000 VANNES. 2023-BIA-VIVACTIV-ETAR\_BZH

**DEM** : DÉMISSION  
**LIC** : LICENCIEMENT  
**FIN** : FIN DE CONTRAT À DURÉE DÉTERMINÉE  
**RPC** : RUPTURE CONVENTIONNELLE  
**FPE** : FIN DE PÉRIODE D'ESSAI  
**DC** : DÉCÈS DU SALARIÉ  
**CHC** : CHANGEMENT DE CATÉGORIE  
**MUT** : MUTATION DANS UN AUTRE ÉTABLISSEMENT DE L'ENTREPRISE  
**RET** : RETRAITE  
**PRE** : PRÉRETRAITE

### 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 : 83,69 %**

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 : 20,81 %**

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.