

MOTIF

Nouvelle adhésion

- Départ retraite Licenciement
 Invalidité Ayant droit d'un salarié décédé
 Fin de portabilité

Modification de situation

- Ajout d'un bénéficiaire Sortie d'un bénéficiaire
 Résiliation

Date d'effet :

ANCIEN EMPLOYEUR

Raison Sociale :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Date fin du contrat de travail :

ADHÉRENT

Nom de naissance:..... Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° de portable : N° de téléphone :

Adresse e-mail :@.....

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Veuf(ve) Séparé(e)

BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE

BÉNÉFICIAIRES	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (N° INSEE)	RÉGIME DE BASE CPAM, MSA...
Vous				<input type="text"/>	
Conjoint(e) / assimilé(e)				<input type="text"/>	
Enfant 1				<input type="text"/>	
Enfant 2				<input type="text"/>	
Enfant 3				<input type="text"/>	
Enfant 4				<input type="text"/>	

COTISATIONS

Montant cotisation mensuelle pour l'ensemble du foyer : Tarif ttc au 01/01/20.....*

* Susceptibles d'évolution

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 votre cotisation annuelle.

Je déclare avoir été informé(e) des modalités de résiliation et notamment de la possibilité de dénoncer mon adhésion 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.

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)

RÉGLEMENT DE MA COTISATION

Je règle ma cotisation :

- Mensuellement par prélèvement
 Trimestriellement par prélèvement
 Annuellement
 Par prélèvement Par chèque

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 de la mutuelle :

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 : 77,33 %

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 : 18,11 %

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.

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 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 juridictionnel.

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 :