France Mutuelle

Bulletin d'adhésion Individuel
Mutuelle Communale
Frais de santé

Code source
Code :
Nom :

Exemplaire à retourner avec les documents à joindre

CADRE RESERVÉ À LA MUTUELLE

Date d'adhésion : |_|_|_|_|_|_| N° adhérent : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Code produit : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Code secteur : |_|_|_|_| Code origine : |_|_|_|_| Code contrat : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Libellé population : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

France Mutuelle

AFFILIATION DES AYANTS DROIT

Je choisis d'affilier mes ayants droit : ☐ Oui ☐ Non

Chaque ayant droit bénéficiera des mêmes garanties que vous.

Pour l'affiliation de vos ayants droit, merci de compléter le tableau ci-dessous :

	NOM	Prénom	Sexe H/F	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale	Télétrans-mission *	Motif de refus télétransmission**
Conjoint					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐Oui ☐Non	
Enfant 1					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐Oui ☐Non	
Enfant 2					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐Oui ☐Non	
Enfant 3					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐Oui ☐Non	
Enfant 4					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	☐Oui ☐Non	

*En cochant la case « Oui », vous autorisez GFM à recevoir directement les décomptes de votre Régime Obligatoire (RO). A défaut de réponse, les échanges seront faits en automatique avec votre RO.

** Le numéro de motif de refus de télétransmission à indiquer est l'un des trois suivants :

01 – Personne bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire (CSS)

06 – Personne titulaire d'un autre contrat frais de santé auprès d'un autre organisme complémentaire. **Merci de bien vouloir indiquer le nom de ce ou ces organisme(s) : Adhérent : _____, Conjoint : _____, Enfant 1 : _____ , Enfant 2 : _____ , Enfant 3 : _____ , Enfant 4 : _____.**

07 - Choix personnel : **Si ce motif est indiqué, merci de bien vouloir joindre obligatoirement à votre adhésion le document transmis dûment rempli et signé par la personne concernée attestant sur l'honneur qu'elle n'a pas, par ailleurs, un autre contrat frais de santé auprès d'un autre organisme complémentaire.**

GARANTIES

Garantie(s) souscrite(s) : _____

CADRE RESERVÉ À LA MUTUELLE

Cotisation mensuelle TTC : [€] pour l'année 20____.

RÈGLEMENT

Mode de règlement : ❑ Prélèvement : ❑ mensuel ❑ trimestriel ❑ semestriel ❑ annuel

Date de prélèvement souhaitée : ❑ 5 ❑ 10

(Si la date de prélèvement n'est pas indiquée, elle sera appliquée au 5.)

❑ Chèque : ❑ trimestriel ❑ semestriel ❑ annuel

France Mutuelle

PIECES A JOINDRE

Joignez obligatoirement :

- Une **attestation de droits d'Affiliation à l'Assurance Maladie** recto-verso (pour chaque bénéficiaire inscrit sur le présent bulletin d'adhésion et datant de moins de 3 mois),
- Un **Relevé d'Identité Bancaire de l'adhérent**,
- Le **Mandat SEPA,** ci-joint, dûment rempli, sauf si paiement par chèque annuel, semestriel ou trimestriel,
- Un **chèque** libellé à l'ordre de GFM correspondant au montant de la cotisation du 1er mois,
- Une **photocopie recto-verso de la Pièce d'Identité** en cours de validité de l'adhérent (Carte nationale d'Identité, Passeport ou Carte de séjour),
- Un **certificat de scolarité** ou **la photocopie de la carte étudiante** si l'enfant suit des études supérieures (à partir de 16 ans jusqu'à 28 ans révolus),

COLLECTIVITÉ

Identité de la collectivité : _____

Adresse : _____

Code postal : |__|__|__|__|__| Ville : _____

SIGNATURE DE L'ADHERENT

Par cette signature, je déclare accepter les termes du présent bulletin d'adhésion, et j'atteste :

- de l'exactitude des informations qui y sont renseignées
- avoir pris connaissance de la clause Informatique et Libertés et de mes droits
- avoir reçu la notice d'information, la fiche IPID, le règlement mutualiste et les statuts de France Mutuelle
- adhérer, pour moi-même et les membres de ma famille couverts par France Mutuelle, à l'association ACPS située 3, avenue Germaine Tillion- Immeuble Origami – CS30724 – 35207 Rennes cedex 02.

☐ Je souhaite bénéficier du service gratuit « Alerte SMS » et recevoir un SMS à chaque virement sur le numéro de portable suivant :

|__|__| / |__|__| / |__|__| / |__|__| / |__|__|

☐ Je souhaite profiter des offres de parrainage et jeux concours de France Mutuelle [2]

☐ J'accepte que mes coordonnées soient transmises à France Mutuelle dans le but de réaliser un devis et de me proposer les offres, produits et services adaptés à mes besoins [2]

☐ J'accepte que mes coordonnées soient transmises aux partenaires de France Mutuelle afin de me recontacter [2]

☐ J'accepte de recevoir, dans le cadre de la dématérialisation des échanges, l'ensemble des documents relatifs à mon contrat via mon Espace adhérent [2]

En cas d'adhésion à distance ou par démarchage à domicile, vous disposez de 14 jours calendaires révolus pour renoncer à votre adhésion [3].

L'adhésion peut être dénoncée, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités dans les conditions prévues par l'article L. 221-10-2 du Code de la mutualité.

Fait à _____ Le _____

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

[1] Nous vous informons que, sauf cas exceptionnels éventuellement prévus par la fiche/notice d'information, votre adhésion prendra effet au 1er du mois qui suit la réception de l'ensemble des pièces obligatoires. A défaut de réception de la totalité des pièces obligatoires dans les 15 jours qui suivent votre demande d'adhésion, cette dernière sera considérée sans effet et annulée. L'adhésion court à compter de la date d'effet indiquée ci-dessus pour expirer le 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite d'année en année par tacite reconduction, sauf dénonciation selon les modalités définies dans la fiche/notice d'information.
[2] Vous pouvez modifier votre choix à tout moment via votre Espace adhérent ou en exerçant votre droit de rectification.
[3] Voir modalités dans la notice d'information et sur notre site www.francemutuelle.fr

CONDITIONS TARIFAIRES

Le ratio, brut de frais de gestion, entre le montant des prestations versées par la mutuelle pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes collectées afférentes à ces garanties s'élève à 82,3%.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion de la mutuelle au titre de ces mêmes garanties et le montant des cotisations ou primes collectées s'élève à 16,5% dont 5,6% en frais d'acquisition et 10,9% en frais de gestion autres.

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 l'organisme assureur 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.

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.

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.

Le responsable du traitement de vos données à caractère personnel est Groupe France Mutuelle. Conformément au Règlement Général sur la protection des données, vous disposez, sans frais d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, de suppression de vos données ainsi que d'un droit d'opposition au traitement de vos données. Vous avez également le droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à l'adresse suivante : Groupe France Mutuelle, Délégué à la protection des données, Direction Juridique, 10 rue du 4 Septembre, CS 11601, 75089 Paris Cedex 02, ou par mail à GFM_CIL@francemutuelle.fr.
En cas d'insatisfaction, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

BA- MCO- 092023

France Mutuelle

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat

GROUPE FRANCE MUTUELLE
FR64ZZZ265705
10, rue du 4 Septembre
CS 11601
75089 Paris cedex 02

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez GROUPE FRANCE MUTUELLE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de GROUPE FRANCE MUTUELLE.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Veuillez compléter tous les champs du mandat ci-dessous et nous joindre votre relevé d'identité bancaire ou postal.

NOM, PRÉNOM et ADRESSE DU DÉBITEUR

(Titulaire du compte bancaire ou postal à débiter)

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Pays .....

NOM, PRÉNOM et RÉFÉRENCE DE L'ADHÉRENT

Nom de l'adhérent principal : .....

Prénom de l'adhérent principal : .....

Référence adhérent :.....

IBAN

Identification internationale du compte bancaire

BIC

Code international d'identification de votre banque

TYPE DE PAIEMENT ET FRACTIONNEMENT

Paiement récurrent/répétitif ☑ **Paiement ponctuel** ☐

J'accepte d'être informé(e) de mes prélèvements au minimum 5 jours avant l'échéance.

Fait à : ..... **Signature :**

Le : .....

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client.Dans le cadre de la relation d'assurance, Groupe France Mutuelle est amené à recueillir auprès de l'adhérent des données personnelles protégées par le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).
Le responsable du traitement est Groupe France Mutuelle. Les informations collectées sont nécessaires à la mise en place du prélèvement. Elles nous sont exclusivement destinées. Un défaut de réponse pourrait ralentir le délai de traitement de votre demande. Vous disposez, sans frais, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de portabilité et d'opposition des données vous concernant. Vous avez également la possibilité de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à l'adresse suivante : Groupe France Mutuelle, Délégué à la Protection des Données, Direction Juridique, 10 rue du 4 septembre, CS 11601, 75089 Paris Cedex 02 ; ou par mail GFM_CIL@francemutuelle.fr. En cas d'insatisfaction, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

V. 012023

MUTUALITÉ FRANÇAISE