10, rue du 4 Septembre
CS 11601
75089 PARIS cedex 2
Tél. : 09 77 42 43 46
Email : entreprises@francemutuelle.fr
Site : www.francemutuelle.fr

VOTRE RECUEIL DES BESOINS

Association

DEVIS PERSONNALISÉ ÉTABLI LE __/__/_____

Les informations recueillies sont nécessaires pour répondre à vos besoins et exigences en matière de santé. En cas d'information non sincères, vous prenez le risque de souscrire un contrat non adapté à vos besoins.

Voici votre étude personnalisée réalisée à partir de votre situation personnelle et de vos besoins en santé que vous nous avez communiqués :

VOTRE SITUATION PERSONNELLE

Nom et prénom	
Date de naissance	
Régime de sécurité sociale	
Département de résidence	
Profession	

Autres personnes à couvrir :

☐ Conjoint(e)

☐ Enfant (s) Nombre d'enfants à charge (*à préciser*) : ……

VOS BESOINS

Date de prise d'effet souhaitée du contrat : ___/___/_____

	Minimale	Intermédiaire	Confort	Optimale
Soins courants	☐	☐	☐	☐
Dentaire	☐	☐	☐	☐
Optique	☐	☐	☐	☐
Aides auditives	☐	☐	☐	☐
Hospitalisation	☐	☐	☐	☐
Médecine douce et prévention	☐	☐	☐	☐

VOTRE GARANTIE

Compte tenu des informations et besoins que vous nous avez communiqués précédemment, nous vous proposons l'adhésion au produit suivant : _____

Garantie proposée :

SANTÉ	
Garantie	***Option***
Cotisation mensuelle :	***€ TTC****
Soit une cotisation annuelle de :	***€ TTC****

** Y compris taxe de Solidarité Additionnelle Modifiée + taxe de financement du forfait patientèle des médecins traitants.*

Ce devis est valable 2 mois à compter de sa date de délivrance.

Il est délivré à titre indicatif sur la base des informations que vous nous avez communiquées, des tarifs disponibles au moment de son édition et de la règlementation en vigueur au jour de l'étude.

Nous vous informons que votre adhésion prendra effet au 1er du mois qui suit la réception de l'ensemble des pièces justificatives demandées par la mutuelle (hors résiliation infra-annuelle). A défaut de réception de la totalité des pièces justificatives dans les 30 jours qui suivent votre demande d'adhésion, cette dernière sera considérée sans effet et annulée.

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 78,8%.
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 19,44% dont 6,38% en frais d'acquisition et 13,06% 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.

VOS AVANTAGES GROUPE FRANCE MUTUELLE :

- ✓ Tiers payant sur le ticket modérateur, délivrance de devis (optique, dentaire et audioprothèses), service d'assistance, téléconsultation médicale, réseau de soins, alerte remboursement par SMS.
- ✓ Espace adhérent en ligne : suivi et paiement en ligne des cotisations, relevés de prestations électroniques, recensement des professionnels de santé pratiquant le tiers payant et/ou appartenant au réseau de soins.
- ✓ Action culturelle : accès à un spectacle par mois et magazine trimestriel France Mutuelle

Par cette signature j'atteste que les garanties qui m'ont été proposées, correspondent le mieux au besoin de protection que j'ai exprimé.

Fait à _____ le _____

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Conformément au Règlement Général sur la protection des données personnelles, le Groupe France Mutuelle agit en qualité de responsable de traitement de vos données à caractère personnel. En effet, nous traitons vos données afin de vous proposer une garantie adaptée à vos besoins. Cependant, vous disposez sans frais d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, de suppression, de limitation 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 postale suivante : Groupe France Mutuelle, Délégué à la protection des données personnelles, Direction juridique, 10 rue du 4 Septembre, CS 11601, 75089 Paris Cedex 02, ou par mail à : dpo@francemutuelle.fr.
En cas d'insatisfaction, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL).

Groupe France Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, Immatriculée sous le n° Siren 784 492 084
Siège opérationnel : 10 rue du 4 septembre CS 11601 75089 PARIS cedex 2– Siège Social : 56, rue de Monceau 75008 PARIS

France Mutuelle

Code source
Code :
Nom :

BULLETIN D'ADHÉSION
FRAIS DE SANTÉ
Association

Exemplaire à retourner avec les documents à joindre

ASSOCIATION

Code entreprise : _____ N° contrat : _____

Identité de l'association : _____

Adresse : _____

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

Téléphone : |__|__| / |__|__| / |__|__| / |__|__| / |__|__|

E-mail : _____

Cachet et signature de l'association :

ADHÉRENT

Date d'adhésion souhaitée : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

M. ☐ Mme ☐ Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____

Prénom : _____

Date de naissance : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Lieu de naissance : Ville : _____ Pays : _____

N° de Sécurité sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Caisse RO : _____

Adresse : Appt/Etage : _____ Rés/Bât : _____

N° et voie : _____ BP : _____

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

Pays : _____

Téléphone fixe : |__|__| / |__|__| / |__|__| / |__|__| / |__|__|

Téléphone mobile : |__|__| / |__|__| / |__|__| / |__|__| / |__|__|

E-mail : _____

Profession : _____

Je suis une Personne Politiquement Exposée (PPE) : oui ☐ non ☐

PPE : Personne exposée à des risques particuliers en raison des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives qu'elle exerce ou a exercées ou de celles qu'exercent ou ont exercées des membres directs de sa famille ou des personnes connues pour lui être étroitement associées, dans les 12 derniers mois (liste à l'article R561-18 du code monétaire et financier).

Télétransmission* : oui ☐ non** ☐

Veuillez indiquer le motif de refus** : _____

*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 indiqués en page 5/9.

MUTUALITÉ FRANÇAISE

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	Télétransmission*	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 : _____

GARANTIES

Garantie souscrite : _____ Option : _____

Cotisation mensuelle TTC : _____ € pour l'année 20_____.

CADRE RESERVÉ À LA MUTUELLE

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

Mon âge à l'adhésion : _____

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 78,8%.

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 19,44% dont 6,38% en frais d'acquisition et 13,06% 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.

PIÈCES À JOINDRE

- Le **recueil de besoin** complété,
- Une **attestation recto-verso d'Affiliation à l'Assurance Maladie** (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,
- 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 18 ans jusqu'à 28 ans révolus),
- **Une attestation d'affiliation à l'Association** dûment complétée, datée et signée.

SIGNATURE DE L'ADHERENT

Avez-vous déjà un contrat d'assurance santé ? * ☐ Oui ☐ Non

Nom de l'assureur actuel : _____

* En cas de garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, le total des remboursements ne peut excéder le montant des frais engagés

La résiliation infra-annuelle de vos garanties frais de santé n'est possible qu'à l'expiration d'un délai de 12 mois suivant la date de première souscription.
Souhaitez-vous que nous accomplissions les formalités de résiliation pour vous, auprès de votre actuel organisme assureur : ☐ Oui ☐ Non

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 reçu en format papier, le recueil de besoins, la notice d'information, la fiche IPID et les statuts de Groupe France Mutuelle.

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

☐ J'accepte que mes coordonnées soient transmises à France Mutuelle dans le but de me proposer des offres, produits et services adaptés à mes besoins (1).

☐ J'accepte de recevoir, dans le cadre de la dématérialisation des échanges, l'ensemble des documents relatifs à mon contrat via mon Espace adhérent (1).

Nous vous informons que, sauf cas exceptionnels éventuellement prévus par la notice d'information, votre adhésion prendra effet au 1er du mois qui suit la réception de l'ensemble des pièces justificatives demandées par la mutuelle. A défaut de réception de la totalité des pièces justificatives dans les 30 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 notice d'information.

En cas d'adhésion à distance, vous disposez de 14 jours calendaires révolus pour renoncer à votre adhésion (2).

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.

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Fait à _____ Le _____

(1) Vous pouvez modifier votre choix à tout moment via votre Espace adhérent ou en exerçant votre droit de rectification.
(2) Voir modalités dans la notice d'information et sur notre site www.francemutuelle.fr.

Conformément au Règlement Général sur la protection des données personnelles, le Groupe France Mutuelle agit en qualité de responsable de traitement de vos données à caractère personnel. En effet, nous traitons vos données à des fins de gestion de votre contrat d'assurance. Cependant, vous disposez sans frais d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, de suppression, de limitation 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 postale suivante : Groupe France Mutuelle, Délégué à la protection des données personnelles, Direction juridique, 10 rue du 4 Septembre, CS 11601, 75089 Paris Cedex 02, ou par mail à : dpo@francemutuelle.fr.
En cas d'insatisfaction, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL).

Groupe France Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, Immatriculée sous le n° Siren 784 492 084
Siège opérationnel : 10 rue du 4 septembre CS 11601 75089 PARIS cedex 2– Siège Social : 56, rue de Monceau 75008 PARIS

Attestation d'Affiliation à l'Association

Je soussigné(e) _____

Agissant en qualité de _____

Pour le compte de _____

Adresse complète _____

Code postal _____ Commune _____

Bureau distributeur _____

Atteste par la présente que :

M. ☐ Mme ☐ _____

est affilié(e) à notre association.

Fait à _____ Le _____

Signature précédée de la mention
« Lu et Approuvé ».

Cette attestation est délivrée sans aucun engagement de notre part,
pour permettre à l'intéressé(e) de bénéficier à titre personnel, d'une couverture "Mutuelle"
au tarif préférentiel de groupe, auprès de France Mutuelle.

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 : ....

IBAN ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

Identification international 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 : ....

Le : ....

Signature :

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.
Conformément au Règlement Général sur la protection des données personnelles, le Groupe France Mutuelle agit en qualité de responsable de traitement de vos données à caractère personnel. En effet, nous traitons vos données à des fins de mise en place des prélèvements. Cependant, vous disposez sans frais d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, de suppression, de limitation 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 postale suivante : Groupe France Mutuelle, Délégué à la protection des données personnelles, Direction juridique, 10 rue du 4 Septembre, CS 11601, 75089 Paris Cedex 02, ou par mail à : dpo@francemutuelle.fr.
En cas d'insatisfaction, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL).