

Cadre réservé à l'administration :

N° adhérent : Date d'adhésion :/...../..... Enregistré le :/...../..... Conseiller mutualiste :

ADHERENT

Nom, Prénom (+ nom naissance)..... né(e) le :/...../.....

Adresse

Code Postal Ville

Adresse e-mail :

Tél. Fixe :/...../...../...../.....

Tél. Mobile :/...../...../...../.....

Situation Familiale : Célibataire ☐ Marié ☐ Veuf ☐ Divorcé ☐ Concubin / Pacsé ☐

Employeur : Activité professionnelle :

Régime Obligatoire : Sécurité Sociale ☐ MSA ☐ AUTRE ☐.....

N° de Sécurité Sociale :/.....

Comment avez-vous connu notre mutuelle :

AYANTS-DROIT DU CONTRAT

Nom, Prénom (Nom naissance)	Sexe M ou F	Date de naissance	Lien de parenté	N° de Sécurité Sociale	Employeur

CONTRAT / PAIEMENT

Demande à adhérer au Refuge Mutualiste à compter du.....

Le contrat vient à échéance le 31 décembre suivant sa date d'effet. Elle est ensuite renouvelée par tacite reconduction chaque année.

Au niveau de garantie ci-après : Chirurgicale ☐ Accessible ☐ Economique ☐ Economique + option ☐ Essentielle ☐

Cotisation mensuelle à l'adhésion :

Je règle mes cotisations par **chèque** : ☛ Mensuellement ☐ Trimestriellement ☐ Semestriellement ☐ Annuellement ☐

ou par **prélèvement** : le 10 ou le 15 ☛ Mensuel ☐ Trimestriel ☐ Semestriel ☐ Annuel ☐

DOCUMENTS A JOINDRE IMPERATIVEMENT

- Copie de l'attestation d'affiliation au Régime Obligatoire (attestation papier de la carte vitale).
- Un Relevé d'identité Bancaire (avec l'autorisation de prélèvement signée en cas de prélèvement).
- Copie de la Carte d'identité.
- La fiche conseil signée.
- Le paiement de la première cotisation.

☐ Je déclare avoir reçu un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste de la mutuelle (extrait au verso), le descriptif détaillé de ma garantie dont j'accepte les dispositions, la fiche IPID, la fiche conseil, des exemples de remboursements ainsi que les ratios d'équilibre et de frais de gestion conformément à l'arrêté du 6 Mai 2020. Je certifie sur l'honneur avoir fourni des renseignements exacts et complets.

Fait à

Le

L'adhérent " lu et approuvé " + signature :

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE : L'Assemblée Générale est composée des membres participants. Elle délibère sur les modifications de statuts et règlements mutualistes. L'Assemblée Générale détermine les prestations et les taux de cotisations individuelles, elle élit les membres du Conseil d'Administration qui gère la mutuelle. Les fonctions d'administrateurs sont assurées bénévolement.

ADHESION : Pas de limite d'âge pour adhérer. L'adhésion est familiale. Le conjoint et les enfants à charges doivent être inscrits en tant qu'ayants-droit du chef de famille. La modification de garantie ne peut se faire qu'une fois par an, au 1er janvier. L'adhérent s'engage à signaler toutes modifications intervenant dans sa situation et à rembourser la mutuelle des sommes perçues à tort.

COTISATIONS : Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation affectée à la couverture des prestations assurées par la mutuelle. La cotisation est modulée en plus ou en moins en fonction de l'âge et en fonction de l'année d'adhésion à la mutuelle. Le 3^{ème} enfant et suivants sont exonérés de cotisation.

PRESTATIONS : Le droit aux prestations prend effet à la date d'inscription. Le point de départ est fixé au premier jour du mois si l'adhésion est donnée dans les quinze premiers jours de ce mois ; après ce délai, l'adhésion est fixée le premier jour du mois suivant. Le remboursement des dépenses "Maladie" par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restants à la charge effective de l'adhérent.

PARCOURS DE SOINS COORDONNES PAR LE MEDECIN TRAITANT – CONTRATS RESPONSABLES : La mutuelle ne couvre pas la participation de 2 € par acte médical et analyses biologiques et la franchise médicale qui s'applique aux boîtes de médicaments, aux actes d'auxiliaires médicaux et aux transports; ainsi que la baisse des remboursements Sécurité Sociale appliquée sur les consultations de médecins hors parcours de soins (sans prescription du médecin traitant).

FORFAIT HOSPITALIER : Le remboursement du forfait hospitalier est illimité.

Exclusions : sont exclus du remboursement du forfait hospitalier les séjours de longue durée effectués dans les services de soins intensifs et de réanimation après 365 jours, et les séjours dans des services de personnes âgées (dits chroniques convalescents et longs séjours) et quel que soit l'établissement d'accueil.

TIERS PAYANT : Vous pouvez bénéficier d'une dispense d'avance des frais pharmaceutiques, d'hospitalisation, et chez tous les praticiens et auxiliaires médicaux ayant passé une convention avec la mutuelle. Les garanties responsables bénéficient du tiers payant généralisé.

DEMISSION :

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre au moins deux mois avant cette date,
- en cas de mutuelle obligatoire, la résiliation interviendra un mois après la réception du courrier de demande et de l'attestation employeur mentionnant la mutuelle obligatoire,
- dans le cadre de l'article 3 de la Loi CHATEL n° 2005-67 : vous disposez d'un délai de 20 jours suivant la date de l'envoi de l'avis de cotisation pour dénoncer par lettre, la reconduction annuelle de votre contrat.
- après expiration d'un délai d'un an suivant la prise d'effet de l'adhésion, en dénonçant votre adhésion à tout moment soit directement auprès de la Mutuelle par lettre (courrier simple, e-mail, acte d'huissier), soit si vous souhaitez adhérer auprès d'un nouvel organisme assureur, en demandant à ce dernier de résilier votre contrat auprès de notre mutuelle. La résiliation prend effet un mois après que notre mutuelle en ait reçu notification par vous-même ou par le nouvel organisme assureur.

SECOURS EXCEPTIONNEL : Des aides, prises sur une somme déterminée annuellement par l'Assemblée générale, peuvent être accordées par le Conseil d'Administration, aux adhérents pour des besoins urgents et dans des cas dignes d'intérêts.

AUTORITE DE TUTELLE : La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 Place de Budapest 75009 Paris.

MEDIATION :

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des statuts ou du règlement mutualiste, l'adhérent, l'ayant-droit ou la mutuelle peut avoir recours à un service de médiation.

En cas de litige, vous pouvez déposer votre réclamation sur son site internet : <https://cnpm-mediation-consommation.eu>

ou par voie postale en écrivant à

CNPM-MEDIATION-CONSUMMATION
C/O Centre d'affaires Stéphanois SAS Immeuble l'Horizon – Esplanade de France
3 Rue J. Constant Milleret
42000 SAINT ETIENNE

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES : En application des articles 26 et 27 de la loi du 06 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés le demandeur est informé du caractère obligatoire des réponses aux questions figurant sur ce bulletin d'adhésion, sans lesquelles la liquidation et le paiement des prestations mutualistes ne pourraient être assurés.

Sauf demande contraire formulée par écrit, ces informations pourront être communiquées aux partenaires de la mutuelle.

Le demandeur dispose du droit d'accès, de rectification, d'opposition aux échanges informatisés et suppression prévue par la loi, qui peut être exercé par simple demande adressée au Président de la Mutuelle par courrier.

CONDITION APPLICABLES EN CAS DE VENTE A DISTANCE : En cas de vente à distance dans les conditions de l'article L.221-18 du code de la mutualité, l'adhérent est informé de la faculté qui lui est donnée de renoncer librement à la présente souscription par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter :

- soit du jour où l'adhésion a pris effet,
- soit du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et informations légales afférentes à sa garantie, conformément à l'article L.121-28 du code de la consommation, si cette date est postérieure au jour où l'adhésion a pris effet.

Modèle de lettre de renonciation à adresser en RAR en cas de vente à distance

« Messieurs,

En application de l'article L.221-18 du Code de la Mutualité, je vous informe par le présent courrier user de ma faculté de renonciation aux garanties proposées dont les conditions d'adhésion et informations légales me sont parvenues en date du ..., le cachet de La Poste faisant foi.

Cette rétractation prend effet à la date prévue au contrat.

Veuillez agréer, / Lieu – Date – Nom – Prénom – Signature ».