

GARANTIES SANTÉ INDIVIDUELLES

Contrats responsables : PATIO

MEZZO

Contrats non responsables : STUDIO

MICRO

Adhérent

M. Mme Marié(e), Concubin(e), Pacsé(e) Célibataire

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom :

N° Sécurité sociale : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail : @

Je souhaite être informé(e) par e-mail de la disponibilité de mes décomptes sur mon espace Adhérent.

J'accepte d'être contacté(e) ultérieurement par Identités Mutuelle et la Muros par courrier électronique, à des fins d'enquête ou d'information sur les nouveaux produits ainsi que les offres du moment. À l'occasion de chaque envoi, j'aurai la possibilité de mettre fin à toute communication.

Date d'effet du contrat

Remplir cette partie s'il s'agit d'une nouvelle adhésion.

S'agit-il d'une reprise à la concurrence d'un contrat de plus de 12 mois ? (Résiliation infra-annuelle) Oui Non Date d'effet souhaitée : 01 / _ / _

Si OUI, souhaitez-vous confier à la Muros la résiliation de votre contrat de complémentaire santé actuel ? Oui Non

La date d'effet est estimée à un mois à compter de la réception de la résiliation par votre organisme de complémentaire santé, sous réserve que la résiliation du contrat soit acceptée par votre ancien organisme en charge de votre complémentaire santé. La date d'effet de votre contrat sera indiquée sur votre carte de tiers-payant.

Nom de l'organisme actuel : Référence contrat :

Adresse :

Bénéficiaires

BÉNÉFICIAIRE	NOM / PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	COTISATION MENSUELLE COMPLÉMENTAIRE
Conjoint(e)		-- / -- / --	
Enfant		-- / -- / --	
Enfant		-- / -- / --	
Enfant		-- / -- / --	
Enfant		-- / -- / --	
Date et fréquence de paiement : le 10 du mois, mensuelle Mode de paiement : Prélèvement		COTISATION MENSUELLE TOTALE € TTC		

La cotisation est variable (à l'adhésion mais aussi en cours de contrat) selon la composition familiale et l'âge de chaque bénéficiaire.

La cotisation de votre contrat de complémentaire santé est également susceptible d'évoluer dès le 1er janvier et dans les cas prévus au Règlement mutualiste. Ces évolutions sont notamment liées aux évolutions réglementaires, à l'évolution du cahier des charges du contrat responsable, à l'évolution des dépenses de santé et aux résultats techniques ou encore en fonction de l'évolution du Plafond Annuel de la Sécurité sociale.

Protection des données personnelles

Le responsable de traitement est Identités Mutuelle. Les informations nominatives concernant les assurés qui sont recueillies par la mutuelle font l'objet d'un traitement automatisé dont la finalité est notamment de gérer l'adhésion et la gestion du (ou des) contrat(s), l'amélioration des produits ou prestations, et de mettre en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires. Conformément au Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données et à la loi informatique et libertés modifiée, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données et d'un droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après la mort, sauf si la réglementation ne le permet pas. L'exercice de ces droits peut être réalisé à l'adresse suivante : Identités Mutuelle Service Qualité Protection des données, BP20836, 75828 Paris Cedex 17. Le délégué à la protection des données peut également être contacté par mail à l'adresse suivante : dpo@identites-mutuelle.com.

Ratio frais de gestion : 24,7 %

Les 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 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.

Ratio Prestations/Cotisations : 84,6 %

Le ratio Prestations/Cotisations se traduit par le calcul 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. Il 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.

Délai de renonciation

Aux termes de l'article L.221-18 du Code de la mutualité, toute personne physique ayant adhéré, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement mutualiste à distance, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, si cette dernière date est postérieure.

Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle suivant :

Je soussigné(e) (Nom, Prénom)

demeurant (adresse complète)

déclare renoncer à mon adhésion au règlement du contrat (nom du contrat) pour la (ou les) garantie(s) à laquelle (auxquelles) j'ai adhéré le (préciser la date) et demande le remboursement de l'intégralité des sommes que j'ai versées au titre de ma cotisation, sous déduction des prestations éventuellement versées par la Mutuelle.

Je demande à adhérer au contrat SANTÉ MUROS, pour les garanties ci-dessus. Je certifie :

- que les renseignements communiqués sur ce bulletin sont exacts et sincères, et m'engage à déclarer dès sa survenance, toute modification ultérieure.
- avoir reçu et pris connaissance du tableau de garanties du contrat SANTÉ MUROS,
- avoir reçu et pris connaissance du Règlement Mutualiste, des Statuts et du Règlement Intérieur Identités Mutuelle,
- avoir reçu et pris connaissance du Document d'Information sur le Produit d'Assurance et de la Fiche d'Information Légale,
- avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'Information « Garanties d'Assistance » assurée par RMA,
- avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'Information « Protection Juridique Santé » assurée par Solucia Protection Juridique,
- **Afin que le remboursement de mes frais médicaux complémentaires s'effectue de manière automatique, j'autorise la MUROS à établir une télétransmission (échange NOEMIE) avec ma caisse d'Assurance Maladie :** OUI NON

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNÉ

Je reconnaiss avoir reçu le dossier d'adhésion complet listé ci-dessus.

Fait à : Le :

Signature obligatoire (précédée de la mention « *lu et approuvé* »)

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

- Copie de l'attestation de Sécurité sociale de chacun des assurés datant de moins d'un an
- Copies des cartes d'identités recto-verso des personnes majeures à couvrir
- Extrait de naissance si ajout d'un nouveau né et certificat de scolarité à partir du 16^e anniversaire de l'enfant
- Relevé d'identité bancaire (RIB)
- Mandat SEPA dûment signé
- Devoir de conseil dûment complété et signé
- Si vous avez déjà une couverture santé, joindre un justificatif