

Bulletin d'adhésion

CONTRAT PROXIME SANTÉ ACS

Exclusivement réservé aux bénéficiaires de l'ACS

Cadre réservé à la Mutuelle gestionnaire

Intermédiaire :
 Cabinet :
 Adresse/Téléphone :
 N°ORIAS :
 RCS :
 Conseiller :

Le présent contrat est un contrat collectif à adhésion facultative assuré par l'Union Nationale Mutualiste Interprofessionnelle (UNMI), Union de Mutuelles régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 784 718 207, souscrit par la Mutuelle au bénéfice de ses membres admissibles à l'Aide à l'acquisition à la Complémentaire Santé (ACS).

Il a pour objet la mise en place d'une couverture complémentaire santé éligible à l'ACS (issue de la sélection prévue à l'article L.863-6 du code de la Sécurité sociale) au profit du membre de la Mutuelle admissible à l'ACS qui adhère audit contrat par le biais du présent bulletin d'adhésion.

Le contenu du présent contrat et les garanties proposées sont donc conformes au décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé susceptibles de bénéficier de l'aide mentionnée à l'article L.863-1 du code de la Sécurité sociale.

Première adhésion en tant que membre de la Mutuelle.

Maintien de mon adhésion en tant que membre de la Mutuelle. Indiquer le numéro de contrat actuel :

Adhésion réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation à distance. Merci de préciser en page 3 si vous demandez l'exécution immédiate de la garantie.

Personnes à couvrir

Adhérent(e)

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Sexe H/F : ... Né(e) le : N° de Sécurité sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : Port. : Email :

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Concubin(e) Divorcé(e) Pacsé(e) Veuf(ve)

Régime obligatoire : Général Etudiant Alsace-Moselle Autre :

Conjoint(e)/Concubin(e)

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Sexe H/F : ... Né(e) le : N° de Sécurité sociale :

Enfant(s) à charge : *En cas d'enfant(s) supplémentaire(s) merci de reporter les informations ci-dessous sur papier libre.*

Nom	Prénom	Date de Naissance	N° de Sécurité sociale	Sexe H/F

Formule Proxime Santé choisie

Proxime Santé Essentiel Proxime Santé Plus Proxime Santé Confort Date d'effet souhaitée :

Cotisation annuelle

Simulation à réaliser en fonction du barème indiqué dans la notice d'information.

	Moins de 16 ans ⁽¹⁾	16 à 49 ans ⁽¹⁾	50 à 59 ans	60 ans et plus	3 ^{ème} enfant et suivant(s) ⁽³⁾	
					- de 16 ans	+ de 16 ans
Cotisation unitaire annuelle par bénéficiaire	€	€	€	€	100€	200€
Aide ACS et autre(s) déductions par bénéficiaire (2)	€	€	€	€	100€	200€
Net à payer par bénéficiaire(s)	€	€	€	€	0€	0€
Nombre de bénéficiaire(s)						
Cotisation totale à payer par an	€ TTC					

(1) 1^{er} et/ou 2^{ème} enfant. (2) L'ensemble des réductions ne peut excéder le montant de la cotisation.

(3) A partir du 3^{ème} enfant, la cotisation est limitée au montant de l'aide ACS, soit une gratuité de la cotisation à charge du bénéficiaire ACS.

Documents à fournir dans le cadre de la présente adhésion

Pour que votre adhésion puisse prendre effet, vous devez impérativement nous envoyer le présent bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé, accompagné des justificatifs suivants :

- l'attestation de droits ACS délivrée par votre Caisse d'Assurance Maladie obligatoire, et tout autre justificatif d'aide(s),
- la photocopie de l'attestation papier de l'assuré social qui accompagne la carte Vitale de l'adhérent et de la carte d'identité nationale,
- ainsi que la photocopie de l'attestation papier de l'assuré social qui accompagne la carte Vitale pour les Ayants droit lorsqu'ils sont eux-mêmes assurés sociaux,
- un relevé d'identité bancaire (RIB) et le mandat de prélèvement SEPA complété et signé.

Documents à conserver : Un exemplaire complet du présent bulletin d'adhésion, les statuts, la notice d'information concernant les garanties et les informations précontractuelles.

Païement des cotisations

La cotisation est payable mensuellement, terme à échoir, à l'échéance, par :

Prélèvement SEPA sur mon compte bancaire. *Veillez joindre un RIB et le mandat de prélèvement SEPA complété et signé.*
Autre

En cas de vente hors établissement, le premier règlement ne pourra se faire qu'à l'expiration d'un délai de 14 jours (sauf demande d'exécution immédiate de la garantie formulée expressément sur le bulletin d'adhésion).

Prestations

Je souhaite que mes prestations soient virées :

Sur le même compte que celui indiqué pour le prélèvement de mes cotisations.

Sur un compte différent du compte utilisé pour le prélèvement des cotisations. *Merci de joindre le RIB correspondant.*

IMPORTANT : Pour les ayants droit de plus de 16 ans, sauf refus exprès de leur part, le virement des prestations s'effectue sur le même compte que celui de l'adhérent. Dans le cas contraire, merci de nous adresser en pièce jointe le RIB des ayants droit concernés.

Pour les personnes déjà adhérentes de la mutuelle, à l'exception des attestations de droits ACS, seules les informations qui diffèrent de celles en notre possession seront à fournir.

Mutuelle gestionnaire

Les garanties sont assurées par l'UNMI, Union de Mutuelles régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 784 718 207, dont le siège social est situé 50 avenue Daumesnil 75012 PARIS.

Coordonnées du centre de gestion de votre mutuelle

Nom du centre de gestion :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : Fax : Email :

Information précontactuelle concernant vos droits de rétractation

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, vous avez le droit de vous rétracter du présent contrat si il a été conclu hors établissement sans donner de motif dans un délai de 14 jours calendaires révolus soit à compter du jour où votre Adhésion au Contrat Proxime Santé a pris effet, soit à compter du jour où vous avez reçu les conditions d'Adhésion et les informations conformément à l'article L. 121-20-11 du Code de la consommation si cette date est postérieure.

Pour exercer ce droit vous devez nous notifier votre décision soit au moyen du bordereau de rétractation fourni soit tout autre déclaration dénuée d'ambiguïté adressée par la poste par courrier recommandé avec accusé de réception ou courrier électronique aux coordonnées du centre de gestion.

En cas de rétractation de votre part, nous vous rembourserons dans les meilleurs délais des cotisations si vous en avez déjà versées, en utilisant le même moyen de paiement que celui que vous utilisé pour la transaction initiale. Par ailleurs, si des prestations vous ont été versées, vous devez nous les rembourser.

Déclarations

Je, soussigné(e) l'adhérent(e), autorise la Mutuelle gestionnaire et l'assureur à faire éventuellement toutes opérations pour mon compte et celui de mes ayants droit inscrits auprès de l'Assurance maladie et des concentrateurs techniques en charges du tiers payant et en particulier, à transmettre toute information me concernant nécessaire à la mise en œuvre du service Noemie (transmission automatique des décomptes Sécurité sociale), ainsi qu'à communiquer mes coordonnées à ses partenaires. Je suis informé(e) que l'adhésion à Proxime Santé nécessite la mise en œuvre de ces échanges.

Au cas où mon adhésion est souscrite dans le cadre d'un système de commercialisation à distance « *Je demande l'exécution de mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative Proxime santé ACS dès sa date d'effet et non à l'issue du délai de renonciation ou de rétractation de 14 jours dont je bénéficie.* » :

OUI **NON**

« *J'atteste remplir les conditions permettant de bénéficier de l'ACS. Je déclare ne pas résider à Mayotte. Je reconnais savoir que toute omission ou déclaration inexacte, ainsi que la réticence ou fausse déclaration intentionnelle pourront faire l'objet respectivement d'une proposition d'ajustement tarifaire ou d'une nullité de l'adhésion conformément au Code de la Mutualité. Je certifie que les déclarations et informations me concernant ainsi que celles concernant les membres de ma famille à assurer reprises dans la présente demande d'adhésion, sont sincère et exactes. Je conviens que les informations nominatives me concernant ainsi que mes ayants droit, font l'objet d'un traitement automatisé dont la finalité est de gérer mon adhésion et de me proposer des garanties complémentaires. Je suis donc susceptible de recevoir des informations de la part de la mutuelle.* »

Nous vous informons que les données recueillies peuvent être utilisées dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution de votre adhésion, ainsi que dans le cadre de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Elles ne peuvent sans votre accord, que vous pouvez exprimer en cochant la case ci-dessous, servir à des fins de prospection. Les destinataires de ces données sont l'UNMI en tant que responsable du traitement ainsi qu'à ses partenaires internes et externes. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations qui vous concernent. Vous pouvez accéder aux informations vous concernant en vous adressant par courrier à l'adresse suivante : UNMI – Bat B Les Oriels – 289 Boulevard Duhamel du Monceau - 45166 Olivet Cedex 01. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Pour en savoir plus, consultez vos droits sur le site de la CNIL.

J'accepte, **cochez si OUI**, de recevoir des informations à caractère commercial de la part de la mutuelle gestionnaire ou de l'assureur par :

Téléphone Email

« *Je reconnais avoir reçu préalablement à la signature du présent bulletin d'adhésion, les statuts de l'UMNI et de la Mutuelle gestionnaire, la notice d'information des garanties du contrat ACS, le document IPID, les bordereaux de rétractation de renonciation ainsi que toutes les informations précontractuelles concernant le droit de rétractation et de renonciation. Je déclare les accepter sans réserve. Je m'engage à me conformer aux dispositions contractuelles, statutaires et réglementaires.* »

Un attestation de droit complémentaire vous sera envoyée à réception du flux d'acquiescement par l'assurance maladie obligatoire.

Fait à : Le :
En trois exemplaires dont un remis à l'adhérent.

Prénom, Nom, signature de l'adhérent, précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé ».



BORDEREAU DE RÉTRACTATION

1. Compléter, dater, signer le bordereau et l'envoyer à l'adresse du centre de gestion de votre Mutuelle.
2. L'expédier au plus tard le 14^{ème} jour calendaire à partir de la date de souscription. *Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié chômé, il n'est pas prorogé.*

Je souhaite me rétracter de mon adhésion au contrat Proxime Santé

N° d'adhérent :

Nom et prénom de l'adhérent : Date de souscription :

Adresse de l'adhérent :

Code postal : Ville :

Date :

Prénom, Nom, signature de l'adhérent.

TAMPON DE
LA MUTUELLE