

## Cadre réservé à la MUTUELLE

Code apporteur : \_\_\_\_\_  
Cabinet : \_\_\_\_\_  
Adresse/Téléphone : \_\_\_\_\_  
N°ORIAS : \_\_\_\_\_  
RCS : \_\_\_\_\_  
Conseiller : \_\_\_\_\_



## Bulletin d'adhésion

CONTRAT PROXIME SANTÉ ACS

Exclusivement réservé  
aux bénéficiaires de l'ACS

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 (issu 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 mentionné 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.  
Si oui merci de préciser en page 2 si vous demandez l'exécution immédiate de la garantie.

## Personnes à couvrir

### Adhérent(e)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_ N° de Sécurité Sociale \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_  
Situation de famille :  Célibataire  Marié(e)  Concubin(e)  Divorcé(e)  Pacsé(e)  Veuf(ve)  
Régime Obligatoire :  Général  Étudiant  Alsace-Moselle  Autres \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_ CSP : \_\_\_\_\_

### Conjoint(e)/Concubin(e)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_ N° de Sécurité Sociale \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_ CSP : \_\_\_\_\_

### Enfant(s) à charge

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_ N° de Sécurité Sociale \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_ N° de Sécurité Sociale \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_ N° de Sécurité Sociale \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_ N° de Sécurité Sociale \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_ N° de Sécurité Sociale \_\_\_\_\_

En cas d'enfant supplémentaire, merci de reporter les informations ci-dessus sur papier libre.

## Mandataire (à compléter pour les personnes sous mesure de protection)

Type de mandataire :  Organisme de tutelle  Mandataire privé  Mandataire familial  
Dénomination sociale : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Service : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

## Mesure de protection

Sauvegarde de justice    Curatelle simple    Curatelle renforcée    Tutelle    Autre : \_\_\_\_\_  
Mesure de protection prononcée : \_\_\_\_\_ Pour une durée de : \_\_\_\_\_

## Formule Proxime Santé

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

## Cotisation annuelle

Faites votre simulation en fonction du barème indiqué dans la notice d'information.

	moins de 16 ans	de 16 à 49 ans	de 50 à 59 ans	60 ans et plus
Cotisation unitaire annuelle par bénéficiaire	€	€	€	€
Réduction ACS par bénéficiaire	€	€	€	€
Net à payer par bénéficiaire	€	€	€	€
Nombre de bénéficiaire(s) payant(s)	€	€	€	€
<b>Cotisation totale à payer par an</b>	€ TTC		À compter du troisième enfant la cotisation est gratuite (sauf précisions prévues dans la notice d'information).	

## Paiement des cotisations

La cotisation est payable mensuellement au terme à échoir (d'avance) dans les 5 jours suivant l'échéance par :

- Virement bancaire :**    Mois    Trimestre    Semestre    Année
- Prélèvement SEPA sur mon compte bancaire :**    Mois    Trimestre    Semestre    Année  
(veuillez compléter le mandat de prélèvement SEPA joint complété et signé)
- Paiement par chèque :**    Trimestre    Semestre    Année

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 présent 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 relevé d'identité bancaire correspondant)

**IMPORTANT :** Pour les ayants droit de plus de 16 ans sauf refus exprès de leur part, le virement des prestations s'effectue sur un compte différent. Dans ce cas nous vous remercions de joindre le RIB du ou des ayants droits concerné(s).

## Assureur



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

## Mutuelle gestionnaire



Ma Mutuelle... en toute sérénité

Le contrat PROXIME SANTE est distribué par la mutuelle Miltis, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n°417 934 817).  
Siège social : 25, Cours Albert Thomas – 69003 LYON  
Centre de gestion : la gestion a été confiée à PROXIME SANTE – TSA 77 801 – 59049 Lille Cedex – Tél. : 09 72 72 16 00 (du lundi au vendredi de 9 h à 17 h)

**JE, SOUSSIGNE(E) L' ADHÉRENT(E)**, autorise la Mutuelle gestionnaire et l'assureur à faire éventuellement toutes opérations pour mon compte et celui de mes ayants droits inscrits auprès de l'Assurance maladie et des concentrateurs techniques en charge 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. Dans le cas contraire, j'informe le Centre de gestion de la mutuelle de mon refus, par courrier adressé à :

Au cas où mon adhésion est souscrite dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (L 221-18 du Code de la Mutualité et articles L 121-17 et L 221-18 du Code de la Consommation) « je demande l'exécution intégrale 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

Dans ce cadre et conformément aux textes précités je peux exercer mon droit de rétractation dans les conditions et termes précisées dans la notice d'information du contrat collectif à adhésion facultative Proxime santé ACS. « J'accepte de recevoir les informations précontractuelles par voie électronique et reconnais avoir reçu l'ensemble des informations nécessaires sur un support durable».

« 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 sincères et exactes. Je conviens que les informations nominatives me concernant ainsi que mes ayants droits, 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. »

J'accepte de recevoir des informations à caractère commercial de la part de la Mutuelle gestionnaire ou de l'assureur par voie (cochez si OUI)

**TÉLÉPHONIQUE**  **D'EMAIL**  **DE TÉLÉCOPIE**  **D'AUTOMATE D'APPEL**

En application des dispositions de la loi n°7817 du 6 janvier 1978, modifiée par la Loi n°2004-801 du 7 août 2004, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et de la Loi n°2014-344 du 17 mars 2014 sur la consommation, je suis informé(e) que je dispose des données personnelles me concernant qui figureraient dans les fichiers de la Mutuelle gestionnaire. Je peux exercer ce droit à tout moment en écrivant à la Mutuelle gestionnaire, par courrier postal à l'adresse suivante :

Conformément au décret n°2015-556 du 19 mai 2015, je dispose aussi d'un droit d'inscription sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique. Par ailleurs, je suis informé que la Mutuelle gestionnaire est tenue de répondre aux requêtes qui lui sont adressées par les autorités de justice ou de police et peut être amenée, dans ce cadre, à communiquer les données à caractère personnel qu'elle détient.

« Je reconnais avoir reçu préalablement à la signature du présent bulletin d'adhésion, les statuts de l'UNMI et de la Mutuelle gestionnaire, la notice d'information des garanties du contrat ACS, les bordereaux de rétractation et 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. »

Fait à : \_\_\_\_\_ - Le : \_\_\_\_\_

En trois exemplaires dont un remis à l'adhérent.

Signature, précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

**L'adhérent :**

Une attestation de droit complémentaire vous sera remise à réception du flux d'acquiescement transmis par l'assurance maladie obligatoire.



## Documents à fournir dans le cadre de la présente adhésion

Pour que votre adhésion puisse prendre effet, vous devez impérativement nous envoyer les trois premiers volets du bulletin d'adhésion dûment complétés, datés et signés, accompagnés des justificatifs suivants :

- l'attestation de droits à l'ACS délivrée par la Caisse d'Assurance Maladie obligatoire,
- la photocopie de l'attestation papier d'assuré social qui accompagne la carte Vitale de l'adhérent,
- la photocopie d'une pièce d'identité
- la photocopie de l'attestation papier d'assuré social qui accompagne la carte Vitale pour les Ayants droit lorsqu'ils sont eux-mêmes assurés sociaux,
- un relevé d'identité bancaire, avec un mandat SEPA
- si l'adhérent est sous mesure de protection, la photocopie de l'ordonnance du jugement

## Où renvoyer votre bulletin d'adhésion

- Si vous résidez en métropole : Miltis, agence de Lyon – 124 avenue des Frères Lumières – 69008 Lyon
- Si vous résidez dans les DOM : Miltis – 9, Rue Pierre Lyaudet – entrée rue Saint-Eloi Cité Artisanale de Dillon – 97200 Fort de France
- Autre : \_\_\_\_\_

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

## Information précontractuelle concernant vos droits de rétractation et de dénonciation

### Rétractation en cas de vente hors établissement (démarchage à domicile)

#### Droit de rétractation :

Vous avez le droit de vous rétracter du présent contrat sans donner de motif dans un délai de quatorze jours.

Le délai de rétractation expire quatorze jours après le jour de la conclusion du contrat (article L 121-21,1 ° du Code de la consommation). Pour exercer le droit de rétractation, vous devez nous notifier votre décision de rétractation du présent contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté (par exemple, lettre envoyée par la poste, télécopie, courrier électronique ou via le bordereau de rétractation fourni) aux coordonnées suivantes :

Pour que le délai de rétractation soit respecté, il suffit que vous transmettiez votre communication relative à l'exercice du droit de rétractation avant l'expiration du délai de rétractation.

#### Effet de la rétractation :

En cas de rétractation de votre part du présent contrat, nous vous rembourserons tous les paiements reçus de vous, y compris les frais de livraison (à l'exception des frais supplémentaires découlant du fait que vous avez choisi, le cas échéant, un mode de livraison autre que le mode moins coûteux de livraison standard proposé par nous) sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard quatorze jours à compter du jour où nous sommes informés de votre décision de rétractation du présent contrat. Nous procéderons au remboursement en utilisant le même moyen de paiement que celui que vous aurez utilisé pour la transaction initiale, sauf si vous convenez expressément d'un moyen différent ; en tout état de cause, ce remboursement n'occasionnera pas de frais pour vous.

Si vous avez demandé de commencer à bénéficier de la prestation pendant le délai de rétractation, vous devrez nous payer un montant proportionnel à ce qui vous a été fourni jusqu'au moment où vous nous avez informé de votre rétractation du présent contrat, par rapport à l'ensemble des prestations prévues par le contrat.

#### Renonciation en cas de vente à distance (vente sur internet)

Vous disposez d'un droit de renonciation dans le cadre d'une vente à distance.

#### Selon les dispositions de l'article L 221-18 du Code de la mutualité :

« II. - 1° Toute personne physique ayant adhéré, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement 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 :

- a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 121-28 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a ;

2° Toutefois, en ce qui concerne les opérations mentionnées au b du 1° de l'article L. 111-1, le délai précité est porté à 30 jours calendaires révolus. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où l'intéressé est informé que l'adhésion a pris effet ;
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 121-28 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a.

Si vous souhaitez renoncer à votre adhésion, vous devez nous notifier votre décision de rétractation du présent contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté (par exemple, lettre envoyée par la poste, télécopie, courrier électronique) aux coordonnées suivantes :

« Je soussigné(e) (Nom, Prénom) : \_\_\_\_\_,

demeurant (adresse complète) : \_\_\_\_\_,

déclare renoncer à mon adhésion au contrat «PROXIME SANTÉ» 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 l'UNION.»

(Date et Signature).

En cas de demande expresse avant l'expiration du délai de renonciation de la prise d'effet de la garantie, nous vous informons qu'il vous sera demandé en contrepartie une cotisation correspondant au premier mois de cotisation.

## BORDEREAU DE RÉTRACTATION DANS LE CADRE D'UNE VENTE HORS ÉTABLISSEMENT (DÉMARCHAGE À DOMICILE)

1. Compléter, dater et signer le bordereau.
  2. L'envoyer par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse de la mutuelle ci-dessous.
  3. L'expédier au plus tard le 14<sup>e</sup> 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 ou chômé, il n'est pas prorogé.

Je souhaite me rétracter de mon adhésion au contrat PROXIME SANTÉ :

N° d'adhérent : \_\_\_\_\_ Date de souscription \_\_\_\_\_

Nom et prénom de l'adhérent \_\_\_\_\_

Adresse de l'adhérent : \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

J'autorise la Mutuelle gestionnaire à rembourser la cotisation selon un mode de paiement différent le cas échéant :  OUI  NON

Date : \_\_\_\_\_ Signature de l'adhérent :