

**Cadre réservé à la MUTUELLE**

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



Ma Mutuelle... en toute sérénité

**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 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. 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 naissance : \_\_\_\_\_ Sexe H/F : \_\_\_\_ 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 naissance : \_\_\_\_\_ Sexe H/F : \_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_ N° de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_ CSP : \_\_\_\_\_

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

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

**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)

	3 <sup>e</sup> enfant et suivant(s) <sup>(3)</sup>					
	moins de 16 ans <sup>(1)</sup>	de 16 à 49 ans <sup>(1)</sup>	de 50 à 59 ans <sup>(1)</sup>	60 ans et plus	moins de 16 ans	plus de 16 ans
Cotisation unitaire annuelle par bénéficiaire	€	€	€	€	100 €	200 €
Aide ACS et autre(s) déduction(s) par bénéficiaire <sup>(2)</sup>	€	€	€	€	100 €	200 €
Net à payer par bénéficiaire	€	€	€	€	0 €	0 €
Nombre de bénéficiaire(s)						
<b>Cotisation totale à payer par an</b>	<b>€ TTC</b>					

<sup>(1)</sup> 1<sup>er</sup> et/ou 2<sup>e</sup> enfant. <sup>(2)</sup> L'ensemble des réductions ne peut excéder le montant de la cotisation.

<sup>(3)</sup> A partir du 3<sup>e</sup> enfant, la cotisation est limitée au montant de l'aide ACS, soit une gratuité de la cotisation à charge du bénéficiaire ACS.

## Païement 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)
- Païement 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 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.**

## Mutuelle gestionnaire



Ma Mutuelle... en toute sérénité

Le contrat PROXIME SANTÉ 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 en métropole : la gestion du contrat est confiée à Alptis Assurances - 25, cours Albert Thomas 69003 LYON

Téléphone : 04 72 36 16 20

Centre de gestion en Martinique : Miltis - 9, Rue Pierre Lyaudet - Entrée rue Saint-Eloi - Cité Artisanale de Dillon 97200 FORT DE FRANCE

Téléphone : 05 96 75 71 75

Cadre réservé à la MUTUELLE

N° d'adhérent : \_\_\_\_\_

N° de contrat : M-ACS-PROXIME

Date d'effet : \_\_\_\_\_

2



## 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 dument complétés, datés et signés, accompagnés des justificatifs suivants :

- l'attestation de droits à l'ACS délivrée par la Caisse d'Assurance Maladie obligatoire et tout autre justificatif d'aide(s),
- 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 : Alptis Assurances - Service Souscription - 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 3
- Si vous résidez dans les DOM : Miltis - 9, Rue Pierre Lyaudet - entrée rue Saint-Eloi - Cité Artisanale de Dillon - 97200 FORT DE FRANCE

**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

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, vous avez le droit de vous rétracter du présent contrat sans donner de motif dans un délai de 14 jours calendaires révolus soit à compter du jour de 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 les cotisations si vous en avez déjà versées, en utilisant le même moyen de paiement que celui que vous avez utilisé pour la transaction initiale. Par ailleurs, si des prestations vous ont été versées, vous devez nous les rembourser.

### BORDEREAU DE RÉTRACTATION

1. Compléter, dater et signer le bordereau et l'envoyer à l'adresse du centre de gestion de votre Mutuelle.
  2. 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 : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent : \_\_\_\_\_

TAMPON DE  
LA MUTUELLE