

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 ^e enfant et suivant(s) ⁽³⁾	
	moins de 16 ans ⁽¹⁾	de 16 à 49 ans ⁽¹⁾	de 50 à 59 ans ⁽¹⁾	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 ⁽²⁾	€	€	€	€	100 €	200 €
Net à payer par bénéficiaire	€	€	€	€	0 €	0 €
Nombre de bénéficiaire(s)						
Cotisation totale à payer par an € TTC						

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

⁽³⁾ A partir du 3^e 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

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. 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 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

« 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 EMAIL

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 du centre de gestion de la Mutuelle.

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.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA À COMPLÉTER INTÉGRALEMENT ET OBLIGATOIREMENT

Joindre 1 Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

Votre avis d'échéance, indiquant les montants et dates de prélèvement, vous sera adressé à minima 5 jours avant le premier prélèvement. Vos cotisations seront prélevées sans frais.

N° IDENTIFIANT
CRÉANCIER SEPA (ICS)
FR75ZZZ234176

COMPTE A DÉBITER


IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Bank Identifier Code)

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER
Alptis Assurances 25, cours Albert Thomas 69003 Lyon

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER
Nom _____
Prénom _____
Adresse _____
Code postal _____ Ville _____

<input checked="" type="checkbox"/> Paiement récurrent
--

DATE _____
SIGNATURE _____ 

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise Alptis Assurances à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions d'Alptis Assurances. Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

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^e 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