BULLETIN D'AFFILIATION

NOM DU CONSEILLER

_____

Contrat collectif facultatif « Frais de Santé » **Souscrit par l'Association Elus Solidaires**
Association à but non lucratif régie par la loi 1901

SAS MUTEO au capital Social de 1000€ RCS Nîmes 834246084, est Immatriculée à l'Orias sous le N° 18001110 www.orias.fr – Courtier en assurances sous le contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 9 (www.acpr.banque-france.fr) – MUTEO exerce son activité en application des dispositions de l'article L 521.2-II.1°b du Code des assurances.

A retourner à
MUTEO « ELUS »
134 route d'Avignon
34000 NÎMES
ORIAS 18001110

Date d'adhésion le : [___|___| |___|___| |2|0|___|___]

Validé en RIA pour le : _____ **(réservé à la mutuelle si RIA)**

Adhérent

Nom :……Nom de jeune fille :……Prénom :……

Adresse :……

……

Code Postal :……Ville :……

Téléphone : Domicile : [___|___|___|___|___|___|___|___|___|___] Portable : [___|___|___|___|___|___|___|___|___|___]

Adresse E-mail : ……@……

Informations sur les personnes à assurer

☐ Cochez si vous souhaitez la télétransmission avec votre organisme complémentaire

	Identité	Sexe M/F	Date de Naissance	Numéro de Sécurité Sociale
Adhérent	Nom : Prénom :		____/____/____	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|
Conjoint	Nom : Prénom :		____/____/____	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|
Enfant 1	Nom : Prénom :		____/____/____	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|
Enfant 2	Nom : Prénom :		____/____/____	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|
Enfant 3	Nom : Prénom :		____/____/____	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Je choisis le niveau de garantie :

☐ **LAURIER** ☐ **LAVANDE** ☐ **JASMIN**

Montant de la Cotisation mensuelle :

……....€ Y compris les frais d'adhésion à **l'association Elus Solidaires** pour un montant de **12,00** € annuel **(1€ par mois).**

L'affiliation au présent contrat entraine mon adhésion et celle des membres de ma famille désignés ci-dessus à **l'Association ,** souscriptrice du contrat **MUTEO « ELUS »**, géré par **La Mutuelle de Bagneaux.**

Justificatif à fournir :

Retournez nous votre demande complétée, datée et signée, accompagnée des justificatifs suivants :

- Photocopie d'une **pièce d'identité** pour chaque bénéficiaire, ou du **livret de famille**,
- Photocopie de **l'attestation papier** de votre carte vitale **pour chaque bénéficiaire** en cours de validité,
- Certificat de résiliation de votre ancienne mutuelle,
- Relevé d'Identité Bancaire (RIB),
- Si l'enfant âgé de 20 à 25 ans est dans l'une des situations suivantes : étudiant, apprenti, à la recherche d'un 1er emploi, handicapés à la charge des parents fournir les justificatifs de la situation,
- Chèque de 1ère cotisation (Le délai de mise en place du mandat SEPA est de 14 jours).
- **Attestation d'appartenance à une collectivité territoriale**

Mode de règlement de vos cotisations

☐ Par chèque (par trimestre, semestre ou annuel) joindre votre règlement à l'ordre de la **Mutuelle de Bagneaux**.

☐ Par prélèvement bancaire mensuel le **10 de chaque mois** (délai de mise en place du mandat SEPA 14 jours), 1ère cotisation par chèque.

Nom et adresse de la collectivité

……

……

……

MANDAT PRELEVEMENT SEPA

Paiement récurrent

Référence Unique du Mandat |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez La Mutuelle de Bagneaux à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de La Mutuelle de Bagneaux. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom :……..……Prénom :……...……
Adresse :……
……

Code Postal : |__|__|__|__|__| Ville :……

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

FR07ZZZ449479
La Mutuelle de Bagneaux
67-69 rue du Gâtinais
77167 BAGNEAUX SUR LOING

À ……..

Le ……./……../ 20……

Signature Obligatoire

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

Numéro d'identification international du compte bancaire – **IBAN** (International Bank Account Number)

|__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|

Code international d'identification de votre banque – **BIC** (Bank Identifier Code)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

J'ai pris bonne note que :

- **le reflet de mes décomptes Sécurité Sociale** transitera entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et la Mutuelle de Bagneaux par télétransmission selon la procédure N.O.E.M.I.E. J'ai la possibilité de refuser cette procédure en le notifiant sur papier libre à joindre au présent document.
- **que les soins**, actes médicaux ou hospitalisations commencés ou prescrits avant la date d'effet de l'adhésion de votre garantie ne sont pas pris en charge par La Mutuelle de Bagneaux.
- **que je dispose d'un délai de rétractation** de 14 jours calendaires en cas de vente à distance et en cas de démarchage à domicile.
- **que depuis le 1er décembre 2020**, en vertu de la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019, vous pouvez après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de votre première adhésion, résilier votre contrat sans frais, ni pénalité. La résiliation prendra effet un mois après réception de votre demande par la Mutuelle de Bagneaux.

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales, de l'extrait du règlement Mutualiste de La Mutuelle de Bagneaux qui m'à été remis ce jour, et que je peux retrouver ces documents ainsi que les statuts mutualistes sur le site internet **www.lamutuelledebagneaux.fr.**

Mandataire : FNMF

Signature de l'adhérent

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Fait à : ……

Date : ……..……

Information relative aux ratios prestations sur cotisations et frais de gestion

L'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale, modifié par la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé, prévoit une obligation d'information, avant la souscription puis annuellement, sur la composition des frais de gestion et de redistribution des contrats.
A cet égard, nous vous communiquons les informations suivantes :

Le ratio[1] des prestations versées sur les cotisations perçues est de 78,96% au titre de l'année 2022.

[1] Le ratio 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 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.

Les frais de gestion[2] représentent 12,74% au titre de l'année 2022.

[2] 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.
Ces 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.

Les informations contenues dans nos fichiers sont celles que vous nous avez fournies lors de votre adhésion et sont indispensables pour l'établissement et la gestion de votre dossier. Ces informations font l'objet d'un traitement informatisé. Nous vous informons que conformément au RGPD du 25 mai 2018, relative à la protection des données personnelles, Vous pouvez exercer vos droits, en joignant obligatoirement à votre demande une copie d'un titre d'identité, auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) par email mesdonnees@lamutuelledebagneaux.fr ou par courrier à la Mutuelle de Bagneaux 67-69 rue de Gâtinais 77167 Bagneaux sur Loing.
La Mutuelle de Bagneaux dispose d'un délai d'un mois pour vous répondre.

« La Mutuelle Familiale, mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité, sise 52 rue d'Hauteville 75487 Paris cedex 10, (dite mutuelle garante), se substitue à la Mutuelle de Bagneaux (dite mutuelle cédante) dans les conditions prévues à l'article L. 211-5 du code de la mutualité, tel qu'issu du dispositif révisé de la substitution par l'ordonnance n°2017-734 du 04 mai 2017. Les articles R. 211-21 à R. 211-27 du code de la mutualité, tels qu'issus du décret n°2018-56 du 31 janvier 2018 sont également applicables. A ce titre, la Mutuelle Familiale se substitue intégralement à la Mutuelle de Bagneaux pour la constitution de l'ensemble des opérations et branches d'assurance pratiquées par celle-ci au profit de ses membres participants et de leurs ayants droit, ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître en résultant ».

« La garante donne à la cédante sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, vis-à-vis des membres participants, ayants-droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale »

« Si l'agrément accordée à la garante lui est retiré ou est déclaré caduc, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou au membre participant qui a acquitté la cotisation ».