

Date d'effet souhaitée de la garantie ou de la modification

Date d'effet : _____

En cas de transfert de couverture depuis votre complémentaire actuelle, la prise d'effet de votre adhésion à **MUTA SANTÉ** sera fixée au lendemain de la résiliation effective de votre complémentaire actuelle.

Assuré(e) principal(e)

M. Mme Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____

Personne Politiquement Exposée (PPE)

Tel que défini aux articles L561-10 et R561-18 du Code Monétaire et Financier

N° de Sécurité sociale : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Email : _____ Téléphone : _____

En renseignant votre adresse mail, vous autorisez **MUTA SANTÉ** à vous communiquer toutes informations relatives à la gestion de votre contrat par voie dématérialisée.

Régime de Sécurité sociale : CMU (Régime Général) LAMal (Régime Local Frontalier) LAMal (Résidents hors Alsace-Moselle)

Date d'embauche en Suisse : _____ Pour tout nouveau frontalier, joindre une attestation d'embauche ou une copie du contrat de travail.

Je bénéficie actuellement d'une complémentaire santé auprès d'un autre assureur ? (une seule coche possible)

- Non, je ne bénéficie d'aucune complémentaire santé actuellement.
- Oui, et je donne mandat (ci-joint) à **MUTA SANTÉ** pour effectuer les formalités de résiliation auprès de mon assureur actuel. **Je fournis pour cela une copie de ma carte de mutuelle actuelle** (carte d'adhérent, carte de tiers payant, attestation mutuelle...).

Nom et adresse de l'assureur : _____

N° de police ou de contrat : _____ Date d'adhésion à ce contrat : _____

Dans le cadre d'un transfert, la date d'effet du présent contrat sera alors fixée au lendemain de la résiliation de l'ancienne couverture.

- Oui, et je souhaite (ou suis obligé(e) de) la conserver.
Les prestations garanties par **MUTA SANTÉ** seront alors versées en complément de celles garanties par cette première complémentaire santé.
- Oui, et celle-ci prendra fin le : _____. **Je fournirai alors un certificat de radiation.**
- Oui, et je souhaite effectuer moi-même les formalités de résiliation de celle-ci et **je fournirai alors un certificat de radiation.**

Autre(s) bénéficiaire(s) à couvrir

→ Conjoint(e) / Partenaire de PACS / Concubin(e)

M. Mme Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____

Personne Politiquement Exposée (PPE)

Tel que défini aux articles L561-10 et R561-18 du Code Monétaire et Financier

N° de Sécurité sociale : _____ Date de naissance : _____

Régime de Ss : Régime Local CMU ou Régime Général LAMal (Régime Local Frontalier) LAMal (Résidents hors Alsace-Moselle)

Mon/ma conjoint(e) bénéficie actuellement d'une complémentaire santé auprès d'un autre assureur ? (une seule coche possible)

- La situation de mon/ma conjoint(e) est identique à la mienne.
- Non, il/elle ne bénéficie d'aucune complémentaire santé actuellement.
- Oui, et il/elle donne mandat (ci-joint) à **MUTA SANTÉ** pour effectuer les formalités de résiliation auprès de son assureur actuel, **et fournit pour cela une copie de sa carte de mutuelle actuelle** (carte d'adhérent, carte de tiers payant, attestation mutuelle...).

Nom et adresse de l'assureur : _____

N° de police ou de contrat : _____ Date d'adhésion à ce contrat : _____

Dans le cadre d'un transfert, la date d'effet du présent contrat sera alors fixée au lendemain de la résiliation de l'ancienne couverture.

- Oui, et il/elle souhaite (ou est obligé(e) de) la conserver.
Les prestations garanties par **MUTA SANTÉ** seront alors versées en complément de celles garanties par cette première complémentaire santé.
- Oui, et celle-ci prendra fin le : _____. **Il/elle fournira alors un certificat de radiation.**
- Oui, et il/elle souhaite effectuer les formalités de résiliation de celle-ci et **fournira un certificat de radiation.**

→ Enfant(s)

Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale de l'enfant ou du parent de rattachement

Au-delà du 4^{ème} enfant, merci de nous communiquer les informations sur papier libre.

Observations :

Garanties et cotisations

Toutes les personnes assurées bénéficieront du niveau de garantie :

- PRIMO BRONZE ARGENT OR

Je souhaite payer mes cotisations par prélèvements tous les mois trimestres

Ce prélèvement sera réalisé aux alentours du 5^{ème} jour de chaque nouvelle période.

Le montant des cotisations individuelles mensuelles est présenté sur la Grille des Garanties et des Cotisations jointe. Les cotisations applicables sont fonction du niveau de garantie choisi ci-dessus pour l'ensemble des bénéficiaires, du régime de Sécurité sociale et de la situation (adulte/enfant) de chacun d'eux et de leur âge pour les adultes.

Les cotisations sont susceptibles d'évoluer au 1^{er} janvier de chaque année sur décision du Conseil d'Administration de la Mutuelle. Les cotisations indiquées ne valent donc que pour l'année en cours

Accords et signatures

⬇️ **Merci de confirmer votre accord en cochant les cases ci-dessous.**

Je reconnais avoir reçu, préalablement à la signature du présent Bulletin d'adhésion, les Statuts de la Mutuelle, la grille des garanties et des cotisations de la gamme qui m'est proposée, le Règlement mutualiste inhérent à cette gamme ainsi que le document d'information sur le produit d'assurance.

Je déclare expressément vouloir ADHÉRER à la mutuelle et en devenir membre avec tous droits et obligations afférents à cette qualité. Cette adhésion emporte acceptation des dispositions des Statuts de MUTA SANTÉ et des droits et obligations définis par le Règlement mutualiste.

J'accepte que mes données de santé soient traitées par MUTA SANTÉ.

En l'absence d'acceptation du traitement de vos données de santé, la Mutuelle ne sera pas en capacité technique de vous verser les prestations garanties au contrat. Votre adhésion ne pourra donc pas être validée.

J'autorise MUTA SANTÉ à établir une liaison directe (télétransmission NOÉMIE) avec mon régime de base (dans la mesure du possible), afin que les remboursements complémentaires de mes frais de santé soient effectués de manière automatique (non applicable dans le cas où la couverture MUTA SANTÉ serait utilisée en tant que surcomplémentaire).

Je déclare être adhérent au Comité de Défense des Travailleurs Frontaliers (cdtf.org) ou avoir engagé les démarches pour le devenir.

Enfin, en cochant cette case, j'accepte que mes données soient exploitées à des fins de prospection commerciale afin de recevoir des offres similaires à celles déjà souscrites.

Conformément à l'article L.223-1 et suivants du Code de la consommation, dans le cas où mes données téléphoniques seraient recueillies, je dispose d'un droit d'inscription sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL en m'inscrivant sur le site www.bloctel.gouv.fr.

La signature de ce bulletin vaut autorisation de mise en place d'un prélèvement direct sur compte bancaire. Les coordonnées SEPA de ce prélèvement vous seront notifiées sur le Certificat d'Adhésion.

Fait à _____, le _____.

Les données à caractère personnel figurant dans ce document ont été collectées auprès de vous-même dans le cadre de votre adhésion au contrat MUTA SANTÉ.

Ces données personnelles sont exclusivement destinées à MUTA SANTÉ et à ses partenaires et traitées selon les finalités mentionnées à l'article 14 du Règlement mutualiste. Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, leur rectification, leur effacement, leur portabilité ou la limitation de leur utilisation. Vous pouvez aussi, sous certaines conditions, vous opposer à un traitement de ces données. Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à MUTA SANTÉ, à l'attention du Délégué à la protection des données à l'adresse suivante : MUTA SANTÉ - CS 62290 - 68069 Mulhouse Cedex, ou par mail à dpo@muta-sante.fr.

MUTA SANTÉ est une Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au SIREN sous le N° 394 152 474.

Signature :

Qui peut bénéficier de la garantie ?

Peuvent également être couverts, selon déclaration de l'assuré et outre l'intéressé lui-même :

- le conjoint, le concubin, le partenaire lié par un PACS ;
- leurs enfants, sous réserve qu'ils soient âgés de moins de 26 ans et qu'ils respectent l'une des conditions suivantes :
 - être à leur charge au sens de la Sécurité sociale,
 - scolarisés, sous réserve de fournir un justificatif de scolarité,
 - sous contrat d'apprentissage ou en alternance, sous réserve de fournir le contrat d'apprentissage ou autre justificatif correspondant,
 - ne pas exercer une activité rémunérée procurant un revenu mensuel supérieur à 75% du SMIC,
 - quel que soit l'âge, s'ils sont handicapés dont l'état d'invalidité a été constaté avant leur 18^{ème} anniversaire

Pièces à joindre au bulletin d'adhésion

- Le(s) mandat(s) joint(s) dûment rempli(s) et signé(s) et copie(s) de l'attestation mutuelle (carte de tiers payant, carte de mutuelle) si vous souhaitez que MUTA SANTÉ gère la résiliation de votre complémentaire actuelle ;
- Si vous êtes nouvellement travailleur frontalier, une attestation d'embauche ou une copie du contrat de travail
- Si vous changez d'assureur pour MUTA SANTÉ, un certificat de radiation de votre précédente complémentaire santé.
- Pour chacun des bénéficiaires déclarés au recto, une Attestation de droits à la Sécurité sociale en cours de validité sur laquelle il apparaît. Celle-ci est téléchargeable sur le compte ameli.fr ;
- Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ;
- Pour les enfants entre 18 et 26 ans, tout document justifiant de leur situation : certificat de scolarité, copie de la déclaration fiscale, attestation sur l'honneur de ne pas bénéficier d'un revenu supérieur à 75% du SMIC... ;
- Pour les enfants en situation de handicap, la notification initiale de versement de l'Allocation Adulte Handicapé ;
- Si vous le souhaitez, votre versement par chèque pour la période en cours. A défaut, vous serez prélevé à la prochaine échéance.

Vente à distance et vente hors établissement

Conditions applicables en cas de vente à distance :

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, je reconnais avoir été informé(e) de mon droit de renonciation dans le cadre de mon adhésion. Ce droit peut être mis en œuvre dans les quatorze jours calendaires révolus suivant la prise d'effet de l'adhésion au contrat ou bien la réception de la documentation contractuelle si celle-ci est postérieure. Dans le respect de ce délai, je pourrai renoncer à mon adhésion par l'envoi d'un papier libre dénué de toute ambiguïté ou bien par lettre rédigée selon le modèle figurant ci-dessous.

Modèle de lettre de renonciation en cas de vente à distance :

Je soussigné(e) _____ (Nom, prénom), demeurant _____ (adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au Règlement XXXXXXXX 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 MUTA SANTÉ. _____ Date, Lieu et Signature

Conditions applicables en cas de vente hors établissement :

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la consommation, je reconnais avoir été informé(e) de mon droit de rétractation dans un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion. Le jour où le contrat est conclu n'est pas compté dans le délai qui commence à courir au début de la première heure du premier jour et prend fin à l'expiration de la dernière heure du dernier jour. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant. Ma faculté de rétractation peut être exercée par l'envoi d'un papier libre dénué de toute ambiguïté ou bien par lettre rédigée selon le modèle figurant ci-dessous.

Modèle de lettre de rétractation en cas de vente hors établissement :

Je soussigné(e) _____ (Nom, prénom), demeurant _____ (adresse complète), désire profiter de mon droit de rétractation et annuler mon _____ à mon adhésion au Règlement XXXXXXXX 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 MUTA SANTÉ. _____ Date, Lieu et Signature

Résiliation

La résiliation par l'assuré de son contrat pourra se faire à tout moment s'il est couvert depuis au moins un an. Cette résiliation prendra alors effet un mois après la réception par la Mutuelle de la notification adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation de l'assuré entraîne d'office celle de ses ayants droit bénéficiaires.

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

MUTA SANTÉ

20b rue de Chemnitz

CS 62290

68069 Mulhouse Cedex

Madame, Monsieur,

Je soussigné _____,

demeurant _____,

né(e) le _____

donne mandat à la société **MUTA SANTÉ**, pour agir en mon nom et pour mon compte afin de résilier le contrat suivant souscrit auprès de _____

pour l'ensemble des personnes couvertes et pour l'ensemble des risques qu'il couvre :

Contrat de type : Complémentaire santé

Numéro de Contrat : _____

Le présent mandat est valable pour une durée d'un an à compter de sa date de signature.

Fait à _____, le _____

Signature :