

1 - RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ADHERENT

Mme ☐ / M. ☐ NOM : _____ Prénom : _____

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Né(e) le : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Régime Général ☐ Régime Alsace-Moselle ☐

Adresse : _____

Code postal : Ville :

 Domicile : Portable : Bureau :

☐ E-mail (*):

(*) Pour permettre la réception de vos décomptes de remboursement et accéder à votre espace adhérent.

2 - MODALITES D'ADHESION

Date d'effet : | | | | | | | | **Garantie au choix :** ☐ AMBIANCE ☐ ATMOSPHERE ☐ PERSPECTIVE

Je souhaite faire adhérer comme ayant(s) droit la ou (les) personne(s) suivante(s) :

Conjoint(e) / Concubin(e) /Pacsé(e)

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le : | | | | | | | | | |

[illegible]

Avec télétransmission : ☐ OUI ☐ NON Régime Général ☐ Régime Alsace-Moselle ☐

Enfant(s) ou ascendant à charge

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le : |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_|_|

[illegible]

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le : |__|_| |__|_| |__|_|_|_|

N° Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | Sexe : M ☐ F ☐

3 - ENGAGEMENT

Les données à caractère personnel sont collectées dans le cadre du présent formulaire afin de traiter votre demande d'adhésion au règlement mutualiste. Les données collectées permettent de vous identifier, le cas échéant d'identifier vos ayants-droit si vous souhaitez qu'ils deviennent bénéficiaires des garanties, de vérifier que vous remplissez les conditions d'adhésion au règlement mutualiste, d'évaluer le montant des cotisations et de mettre à votre disposition les garanties et les services souscrits. Elles seront utilisées pour l'exécution et la gestion de votre adhésion et pour répondre à nos obligations légales et réglementaires. L'ensemble des données collectées sont ainsi nécessaires et obligatoires (sauf mention particulière) pour la gestion de votre demande d'adhésion.

Les informations transmises sont réservées à l'usage exclusif de la mutuelle MIE (sous réserve de votre accord) et ne seront en aucun cas communiquées à des tiers.

Les données personnelles sont destinées, au sein de la mutuelle MIE, aux personnes chargées du service marketing, du service commercial, des services chargés de la relation client, réclamations, de la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs supérieurs hiérarchiques.

Nous mettons en œuvre un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement ainsi que du droit à la portabilité de vos données.

Vous pouvez également, pour des raisons tenant à votre situation particulière, vous opposer, à ce qu'elles fassent l'objet d'un traitement et à ce qu'elles soient utilisées à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés selon les modalités décrites dans la fiche d'information.

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Des informations détaillées sur le traitement de vos données (finalités, exercice de vos droits, durées de conservation, destinataires) figurent dans votre fiche d'information.

J'autorise la mutuelle MIE à utiliser les données recueillies pour le suivi de la relation client, pour l'élaboration de l'enquête de satisfaction, pour recevoir l'actualité MIE et les offres de produits et services de la mutuelle MIE.

☐ OUI

J'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Je reconnais avoir pris connaissance de la fiche d'information et donne mon accord pour être garanti(e) dans ces conditions. J'accepte de m'acquitter de la cotisation fixée au règlement mutualiste correspondant à la garantie souscrite et je prends note de son évolution sur décision de l'Assemblée Générale ou du conseil d'Administration sur délégation expresse.

SIGNATURE précédée de la mention « Lu et approuvé »

Fait à _____, le _____

N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE A VOTRE ENVOI : la copie de votre attestation de carte vitale et de celle de vos bénéficiaires, un RIB, RICE ou RIP.

DE REMPLIR ET SIGNER : le Mandat de prélèvement SEPA qui figure au verso de ce document.

4 - RETRACTATION / RESILIATION

Article L.221-18-1 alinéa 1er : « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

Article L. 221-10-2 du Code de la Mutualité : À l'expiration d'un délai d'un an, vous pouvez résilier votre contrat de complémentaire santé à tout moment sans frais ni pénalités. Votre résiliation prendra effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification.

5 - PRELEVEMENT DE LA COTISATION A ECHOIR

Périodicité choisie : ☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle ☐ Annuelle

Jour souhaité : ☐ le 05 ☐ le 10 ☐ le 15 (sans précision, le prélèvement sera effectué au 15 de chaque mois)

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

RUM (*) :

(*) Référence Unique du Mandat : Rubrique à compléter par la mutuelle MIE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la mutuelle MIE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la mutuelle MIE. 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 et contesté,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

DEBITEUR

Nom, Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : France

IBAN - Identifiant international du compte :

BIC - Code international d'identification de votre banque :

Fait à _____ Le

Signature :

CREANCIER : FR 10 ZZZ 136697

MIE - Immeuble Le Péricecentre - 16 avenue Louison Bobet - CS 60005 - 94132 FONTENAY SOUS BOIS CEDEX (France)

☒ Paiement récurrent / répétitif

Communication des ratios Prestations/Cotisations (P/C) et Frais de gestion/Cotisations (F/C) selon l'arrêté du 6 mai 2020 précisant les modalités de communication par les organismes de protection sociale complémentaire des informations relatives aux frais de gestion au titre des garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident - Article L.871-1 du code de la Sécurité sociale (articles 1 et 2).

- Ratio P/C Net, hors taxes : 77.88 %

- Ratio F/C Net, hors taxes : 21.18 %

« 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. »

« 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. »

BA MCS MIE - 06/2021