Mutuelle de France Alpes du Sud
La santé c'est nous

SOLUTIONS LOCALES pour votre santé !

BULLETIN D'ADHÉSION 2025

Contrat collectif à adhésion facultative souscrit par Association PASS

* Nom de la commune :	* Garantie Souscrite :
.....	.....

❍ Adhésion au ...../...../.....

❍ Modification à effet du ...../...../.....

❍ Changement de situation ❍ Ajout/Radiation d'ayants droit

❍ Changement de garantie

ADHÉRENT :

*Nom : _____ *Prénom : _____

N° Adhérent (à remplir par la mutuelle) : _____

*Nom de jeune fille (s'il y a lieu) _____

*N° SS : _____

*Date de Naissance : ...../...../..... Situation de famille : ❍ Marié(e)/Concubinage ❍ Pacsé(e)[1]

❍ Célibataire ❍ Divorcé(e) ❍ Veuf(ve)

[1] *sur présentation d'un justificatif*

Adresse :

*N° : _____ *Rue : _____

*CP : _____ *Ville : _____

Tél : _____ Portable : _____ Email : _____

❍ Je souhaite **AMÉLIORER MES GARANTIES** en souscrivant à l'option suivante :

_____

❍ Je ne souhaite pas souscrire d'option supplémentaire.

VOTRE CONJOINT(E)

*Nom : _____ *Prénom : _____

Nom de jeune fille (s'il y a lieu) _____

*N° SS : _____

*Date de Naissance : ...../...../..... E-mail : _____

Je souhaite régler :

❍ Par prélèvement bancaire ❍ Par chèque ❍ En espèce

☐ 5 ☐ 15 ☐ 20

❍ Cotisation mensuelle :_____ ❍ Cotisation trimestrielle _____ ❍ Cotisation annuelle _____

Frais de gestion 2024 : 19,01 %
Ratio Prestations/Cotisations 2024 : 85,60 %

Mutuelle de France Alpes du Sud
La santé c'est nous

VOS ENFANTS A CHARGE *(si vous avez plus de 4 enfants, veuillez utiliser un bulletin d'adhésion supplémentaire)*

Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe	N° de Sécurité Sociale

REFUS TELETRANSMISSION : Pour vos remboursements et ceux de vos ayants droit, afin de vous éviter une démarche administrative supplémentaire, nous utiliserons les échanges par télétransmission avec votre caisse d'assurance maladie. Dans le cas où vous souhaitez vous y opposer (autre mutuelle ou choix personnel), vous devrez alors attendre la réception du décompte de votre caisse de sécurité sociale et nous l'envoyer ensuite pour obtenir vos remboursements. Dans ce cas, et uniquement dans ce cas vous devez cocher la case. ☐

Mon conjoint bénéficie déjà d'un contrat santé géré par un autre Organisme

❍ OUI ❍ NON

Si non, ou sans réponse de votre part, votre conjoint et les enfants inscrits à votre contrat bénéficieront de la télétransmission NOÉMIE.

❍ Je m'engage à déclarer, dès sa survenance, tout changement de ma situation administrative ou familiale.

Adhésion Solimut Asso :

❍ Je déclare avoir pris connaissance des statuts de Association PASS et adhérer à l'association en m'acquittant de la cotisation annuelle associative.

*« Le contrat est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par **Association PASS** (association du 1er juillet 1901 dont le siège social est situé au 66 rue du Château d'Eau, CS 71069- 28305 Mainvilliers Cedex) auprès de La Mutuelle de France Alpes du Sud au profit des membres de l'association.*
Afin de pouvoir adhérer au contrat et bénéficier des garanties proposées, le signataire déclare être informé qu'il doit être membre de l'association souscriptrice conformément aux statuts de l'association et à la notice d'information du contrat frais de santé qui lui sont communiqués et dont il a pris connaissance. L'adhérent pourra participer, à ce titre, à la vie institutionnelle de l'association et doit s'acquitter d'une cotisation annuelle associative de 1 €.
En application du contrat entre l'association souscriptrice et la mutuelle, il est convenu que la cotisation due au titre de l'adhésion à l'association est appelée annuellement avec la cotisation au contrat d'assurance par la mutuelle pour le compte du souscripteur.»

Pièces à joindre obligatoirement à votre bulletin d'adhésion

Qualité du Bénéficiaire	Pièces Justificatives (copies)
Tous les bénéficiaires	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (vitale), copie de la carte d'identité, RIB et justificatif de domicile
Conjoint	Livret de famille, s'il y a des ayants droit non à charge au sens de la Sécurité sociale, Relevé d'Identité Bancaire du compte sur lequel vous désirez percevoir les prestations. Pour les options facultatives individuelles : une autorisation de prélèvement SEPA.
Concubin, Partenaire de PACS	Justificatif de vie commune (quittance loyer, facture EDF, etc.) ou convention de PACS, Attestation sur l'honneur du salarié précisant que son concubin/ partenaire de PACS est à sa charge effective.
Enfant âgé de moins de 28 ans : • non à charge au sens de la Sécurité sociale mais à charge fiscalement • étudiant • en alternance • inscrit au Pôle Emploi	Livret de Famille Avis d'imposition (masquer les revenus) Certificat de scolarité ou carte d'étudiant Contrat d'apprentissage ou de professionnalisation Attestation d'inscription au Pôle Emploi Contrat de travail

La mutuelle se réserve par ailleurs le droit de réclamer toute autre pièce justificative complémentaire. Un justificatif vous sera demandé chaque année avant l'édition des cartes de tiers payant pour les enfants âgés entre 16 et 28 ans. Votre dossier complet est à retourner sous pli suffisamment affranchi à votre agence de la Mutuelle de France Alpes du Sud.

Mutuelle de France Alpes du Sud

La santé c'est nous

Je déclare être informé qu'en adhérant au contrat, je deviens membre participant de la Mutuelle de France Alpes du sud.

Je soussigné(e), certifie exacts les renseignements ci-dessus et déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du contrat précisant les modalités de la couverture, des tableaux de garanties et du montant de la cotisation afférent à la garantie choisie ainsi que des statuts de la mutuelle, de l'association et de la fiche IPID.

A :_____ le :_____ Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »):_____

Renonciation :

- *En cas de commercialisation dans le cadre de la vente à distance : conformément à l'article L 221-18 du code de la mutualité, l'Adhérent dispose d'un droit de renonciation qui peut être exercé 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.*

- *En cas de commercialisation dans le cadre d'un démarchage à domicile, sur le lieu de résidence ou sur le lieu de travail : conformément aux dispositions de l'article L 221-18-1 du code de la mutualité, 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 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.*

Dans le respect de ce délai, il pourra procéder à la renonciation de ce contrat par l'envoi d'une simple lettre rédigée sur papier libre et dénuée de toute ambiguïté. Cet envoi doit se faire par lettre recommandée avec demande d'avis de réception et adresser sa demande à l'adresse suivante : 16, avenue des Arcades - 04200 Sisteron .

Exemple de lettre type de renonciation : « Je soussigné (nom prénom) demeurant (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro de contrat) à la Mutuelle. (Date et signature de l'adhérent). »

Les conséquences de la renonciation sont précisées dans la notice d'information du contrat. En tout état de cause, cette renonciation entraine la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues.

Résiliation

Le signataire a pris connaissance que son adhésion prend effet conformément aux dispositions de la notice d'information du contrat souscrit par Association PASS. L'adhésion est renouvelée par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année sauf demande de résiliation formulée par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à la notice.

Après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet de l'adhésion, la demande de résiliation peut être effectuée à tout moment, conformément à l'article L. 221-10-2 du Code de la Mutualité et selon les moyens énoncés ci-avant.

Frais de gestion - Ratio sur Prestations et Cotisations :

- *« 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.»*

Mentions RGPD

Les informations sollicitées dans le présent formulaire sont nécessaires à la prise en charge de votre demande d'adhésion. L'absence de fourniture de tout ou partie de ces informations peut avoir pour conséquence, le non traitement de votre demande.

Vos données à caractère personnel sont traitées par la Mutuelle (dénomination de la MUTUELLE), en qualité de responsable de traitement, à des fins de gestion commerciale des adhérents et prospects (prospection et animations commerciales), de passation, de gestion et d'exécution des contrats, de gestion des services complémentaires, de réalisation de traitements statistiques et d'études actuarielles (dans un souci d'adaptation des garanties), de collecte et de traitement du numéro sécurité sociale, de l'exercice des recours, de la gestion des réclamations et des contentieux et de la gestion des difficultés sociales. Ces données sont également traitées pour satisfaire aux dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur auxquelles la Mutuelle est soumise (comme la prévention et la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme ou les déclarations et prélèvement sociaux et fiscaux) et pour assurer la gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle Ces traitements sont nécessaires, en fonction de leur finalité, à l'exécution des mesures précontractuelles ou contractuelles prises à votre demande, au respect des obligations légales auxquelles la Mutuelle est soumise, aux fins des intérêts légitimes poursuivies par la Mutuelle. Certains traitements peuvent également se fonder sur votre consentement.

Mutuelle de France Alpes du Sud

La santé c'est nous

Ces données peuvent être destinées aux salariés de la Mutuelle en charge de la passation, la gestion et l'exécution des contrats, de la gestion commerciale et ceux en charge du contrôle, mais aussi à des tiers extérieurs à la Mutuelle tels que des organismes de sécurité sociale, professionnels de la santé, sous-traitants, partenaires, réassureurs, co-assureurs, autorités de contrôle dont dépendent la mutuelle et de façon générale, aux personnes habilitées au titre des tiers autorisés.

Vos données sont conservées et traitées pour la durée nécessaire à la réalisation des finalités poursuivies. La durée maximum de conservation est celle correspondant à la durée de relation contractuelle ou de la relation d'affaires. Cette durée peut être augmentée des délais nécessaires à la liquidation et à la consolidation des droits et des durées légales de conservation et de prescription applicables à l'activité de la Mutuelle. Pour satisfaire à nos obligations légales ou répondre aux demandes des autorités de contrôle, nous pouvons être amenés à archiver vos données dans des conditions prévues par la loi.

Dans les conditions prévues par la réglementation relative aux données personnelles, vous, et vos ayants-droit, disposez sur les données vous concernant d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de définition d'instructions sur leur sort en cas de décès et de portabilité (restitution ou transfert), après avoir justifié de votre identité, en vous adressant au Délégué à la Protection des Données, par e-mail à dpo@mfas.fr ou par courrier à DPO - Mutuelle de France Alpes du Sud, 16 avenue des arcades - 04200 SISTERON. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « informatique et libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou sur son site internet : www.cnil.fr

Pour plus d'informations sur le traitement de vos données personnelles, vous pouvez consulter notre Politique de Protection des Données accessible sur notre site internet ou l'obtenir sous format papier auprès de l'un de nos conseillers mutualistes.

Opposition à la prospection commerciale par téléphone

En application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, nous vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec la Mutuelle, vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société OPPOSETEL, Service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret, 10 000 Troyes, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

Sollicitations commerciales de la Mutuelle et de ses partenaires

- ☐ *Oui, je souhaite recevoir les sollicitations commerciale de la Mutuelle par voie électronique (courriel, SMS, MMS)*
- ☐ *Oui, j'accepte que mes données à caractère personnel soient transmises à des partenaires de la Mutuelle afin de recevoir des sollicitations commerciales par voie électronique (courriel, SMS, MMS).*
- ☐ *Non, je ne souhaite pas recevoir de sollicitations commerciale de la Mutuelle par voie postale ou téléphonique.*
- ☐ *Non, je ne souhaite pas recevoir de sollicitations commerciale des partenaires de la Mutuelle par voie postale ou téléphonique.*

Renonciation:

- *En cas de commercialisation dans le cadre de la vente à distance : conformément à l'article L 221-18 du code de la mutualité, l'Adhérent dispose d'un droit de renonciation qui peut être exercé 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.*
- *En cas de commercialisation dans le cadre d'un démarchage à domicile, sur le lieu de résidence ou sur le lieu de travail : conformément aux dispositions de l'article L 221-18-1 du code de la mutualité, 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 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.*

Dans le respect de ce délai, il pourra procéder à la renonciation de ce contrat par l'envoi d'une simple lettre rédigée sur papier libre et dénuée de toute ambiguïté. Cet envoi doit se faire par lettre recommandée avec demande d'avis de réception et adresser sa demande à l'adresse suivante : Mutuelle de France Alpes du Sud , 16 Avenue des Arcades 04200 Sisteron.

Exemple de lettre type de renonciation : « Je soussigné (nom prénom) demeurant (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro de contrat) à la Mutuelle. (Date et signature de l'adhérent). »

Les conséquences de la renonciation sont précisées dans la notice d'information du contrat. En tout état de cause, cette renonciation entraine la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues.