

CADRE RÉSERVÉ À LA MUTUELLE - N° de contrat : E01812628TNS

Adhérent SNAO : OUI NON Adhésion Modification

J'autorise la mutuelle à collecter et à traiter cette information pour l'exécution du contrat

Date d'effet :

Le lendemain de la signature

Le 1^{er} jour d'un des mois suivant la signature :

Le lendemain de la radiation auprès de votre précédent assureur (si dans les 2 mois de la radiation)

Ajout ayant(s) droit

Résiliation ayant(s) droit

Changement de garantie

Autre : _____

Pour faciliter l'enregistrement de votre affiliation nous vous remercions de compléter toutes les rubriques ci-dessous et de joindre tous les justificatifs demandés dans ce présent bulletin.

MEMBRE PARTICIPANT ■ Mme ■ M

| NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE | CODE SS ⁽¹⁾ | BÉNÉFICIAIRE | NOM (en lettres capitales) | PRÉNOM | DATE DE NAISSANCE | SEXE (M/F) | Connexion NOÉMIE ⁽²⁾ |
|-------------------------------|------------------------|--------------|----------------------------|--------|-------------------------------|------------|--|
| <input type="text" value=""/> | | ASSURÉ(E) | | | <input type="text" value=""/> | | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____
 Profession : _____ N° de portable : N° de Téléphone :
 EMAIL : _____ @ _____
 Raison sociale : _____ N° Siret : _____

AYANT(S) DROIT

| NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE | CODE SS ⁽¹⁾ | BÉNÉFICIAIRES ⁽³⁾ | NOM (en lettres capitales) | PRÉNOM | DATE DE NAISSANCE | SEXE (M/F) | TÉLÉTRANS-MISSION NOÉMIE ⁽²⁾ | ADHÉSION | SUPPRES-SION |
|-------------------------------|------------------------|---|----------------------------|--------|-------------------------------|------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="text" value=""/> | | CONJOINT(E) CONCUBIN(E) PARTENAIRE PACS | | | <input type="text" value=""/> | | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text" value=""/> | | 1 ^{er} ENFANT | | | <input type="text" value=""/> | | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text" value=""/> | | 2 ^e ENFANT | | | <input type="text" value=""/> | | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text" value=""/> | | 3 ^e ENFANT | | | <input type="text" value=""/> | | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text" value=""/> | | 4 ^e ENFANT | | | <input type="text" value=""/> | | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(1) Code SS : **A** = Régime Général · **B** = Régime Alsace-Moselle · **C** = Autre régime (2) Vous bénéficiez du traitement automatisé de vos feuilles de soins et décomptes soumis à la participation de l'Assurance maladie obligatoire (liaison NOÉMIE). Cochez la case NON si vous refusez ce service. Si le conjoint et les ayants droit bénéficient déjà de la télétransmission par l'adhésion à un régime obligatoire, ils peuvent conserver le bénéfice d'un remboursement en surcomplémentaire par le régime, sans être connectés. (3) Pour toute famille supérieure à quatre enfants, veuillez joindre un bulletin complémentaire.

GARANTIES ET COTISATIONS

| Garantie Santé choisie : | | Garantie : | | Renfort : | |
|--|-----|------------|--|-----------|---------|
| Prénom | Nom | Montant | Montant | Montant | Montant |
| | | €/mois | | €/mois | |
| | | €/mois | | €/mois | |
| | | €/mois | | €/mois | |
| | | €/mois | | €/mois | |
| | | €/mois | | €/mois | |
| Mode de règlement des cotisations | | | <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Prélèvement (Mandat SEPA ci-joint à compléter) | | |
| Règlement des cotisations | | | <input type="checkbox"/> Par mois (uniquement par prélèvement) <input type="checkbox"/> Par trimestre <input type="checkbox"/> Par semestre <input type="checkbox"/> Par an | | |

Montant de la cotisation périodique : _____ € Montant de la cotisation annuelle : _____ €

Le rapport entre les prestations et les cotisations est de : 80,05%. 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 montant total des frais de gestion est de 21,87%. 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.

PIÈCES À JOINDRE

| | |
|---|--|
| Membre participant (le membre participant doit également nous fournir au moment de son adhésion une copie de sa pièce d'identité) | Attestation d'immatriculation au régime obligatoire + Relevé d'Identité Bancaire du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations + Mandat SEPA complété en cas de paiement des cotisations par prélèvement (+ RIB si différent du RIB Prestations). |
| Conjoint(e) | Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale), s'il est lui-même assuré social. |
| Concubin(e) | Justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture EDF, avis d'imposition + Attestation d'immatriculation Sécurité sociale (Vitale), s'il est lui-même l'assuré social. |
| Partenaire de PACS | Pacte Civil de Solidarité ou attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal d'Instance + Attestation d'immatriculation Sécurité sociale (Vitale), s'il est lui-même assuré social. |
| Enfant jusqu'au 28^e anniversaire, non marié, non pacsé et vivant au foyer | Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale), pour chaque enfant, s'il est lui-même assuré social. |

La mutuelle se réserve par ailleurs le droit de réclamer toute autre pièce justificative complémentaire.

Après avoir été informé(e) par la mutuelle, avant mon adhésion, de l'ensemble de mes droits et obligations par la remise à cet effet des statuts, du ou des document(s) précontractuel(s) (Document d'information sur le produit d'assurance) et des documents contractuels (règlement mutualiste valant notice d'information et fiche gamme). J'atteste sur l'honneur l'exactitude et la sincérité des informations renseignées ci-avant et reconnais que toute fausse déclaration de ma part pourrait entraîner la nullité de mon adhésion

Protection des données personnelles :

Dans le cadre de votre adhésion, vous confiez à AÉSIO mutuelle des données personnelles vous concernant ou concernant vos ayants droit (en particulier des données de santé). Aussi, conformément à la réglementation en vigueur (Règlement général sur la protection des données, dit «RGPD», du 27 avril 2016 et Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée en dernier lieu par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), nous avons adopté une politique de protection de ces données. Cette politique est formalisée dans notre Charte de protection des données à caractère personnel, disponible sur notre site internet : www.aesio.fr ainsi qu'en agence, sur simple demande.

Cette charte vous permettra ainsi de prendre connaissance :

- des catégories de données personnelles que nous sommes susceptibles de collecter, en particulier des données de santé qui font l'objet d'une vigilance particulière en termes de sécurité ;
- de l'utilisation qui peut être faite de ces données (finalités de traitement) ;
- des raisons qui peuvent nous conduire à partager vos données avec des tiers (délégués de gestion, partenaires, intermédiaires, etc.) ;
- du cadre dans lequel vos données peuvent nécessiter un transfert hors de l'Union Européenne ;
- des durées de conservation applicables à vos données personnelles (en fonction de leur nature et de la finalité de leur traitement) ;
- des droits dont vous disposez sur vos données conformément à la réglementation applicable et des moyens pour vous en prévaloir y compris en cas de réclamation ;
- des mesures que nous prenons pour assurer une sécurité optimale de vos données et des procédures que nous mettons en œuvre en cas d'incident affectant ces données.

Vous disposez du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr), et vous pouvez à tout moment refuser le démarchage par voie électronique.

Pour toute information ou exercice de vos droits sur les traitements de données personnelles effectués par AÉSIO mutuelle, vous pouvez contacter notre Délégué à la Protection des Données (DPO) en accompagnant votre demande d'une copie d'un titre d'identité comportant votre signature (carte d'identité, passeport) :

- soit en envoyant un mail à : aesio.dpo@aesio.fr
- soit par courrier à l'adresse suivante : AÉSIO mutuelle, Délégué à la protection des données, 4 rue du Général Foy 75008 PARIS
- Les informations relatives aux procédures de réclamation et au recours à un processus de médiation sont disponibles auprès de votre agence, ou sur notre site Internet
- AÉSIO mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 9
- Les conseillers distribuant les produits et services perçoivent une rémunération fixe qui peut être complétée d'une rémunération variable liée à l'atteinte d'objectifs individualisés

Droit de renonciation (en cas de vente à distance) :

En cas d'adhésion à distance, vous disposez d'un délai de 14 jours pour renoncer à votre adhésion, en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à cet effet à AÉSIO mutuelle - 4 rue du Général Foy 75008 PARIS. Ce délai court à compter :

- du jour où l'adhésion a pris effet
- ou du jour où vous recevez les documents d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion

Si vous souhaitez renoncer au(x) contrat(s), votre demande de renonciation peut être rédigée selon le modèle de lettre suivant signée par vous :

« Je soussigné, (Nom, prénom, adresse), déclare faire usage de la faculté qui m'est accordée par l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité de renoncer à mon adhésion au contrat complémentaire santé n° _____ / ou au contrat surcomplémentaire santé n° _____ et, en conséquence, vous prie de me rembourser les sommes versées à ce titre dans la limite des dispositions contractuelles.»

| | | |
|--|---|--|
| <p>Oui, j'accepte de recevoir à des fins de prospection commerciale, les avantages des partenaires d'AÉSIO mutuelle par SMS <input type="checkbox"/>, par email <input type="checkbox"/></p> <p>Fait à _____</p> <p>le _____</p> | <p>Signature du membre participant.</p> | <p>Je souhaite bénéficier des déductions fiscales dites «déductions Madelin». Pour cela : j'adhère à l'association APM* (dont les statuts m'ont été remis), souscriptrice des garanties frais de santé auprès d'AÉSIO mutuelle, dans le cadre d'un contrat collectif éligible aux déductions fiscales dans le respect des conditions visées à l'article 154 bis du Code Général des Impôts (« déductions Madelin »).</p> <p>Si le régime fiscal dont je relève en tant que travailleur indépendant me permet de bénéficier des déductions «Madelin» :</p> <ul style="list-style-type: none"> - je déclare être à jour du paiement de mes cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et vieillesse ; - et je précise la date de clôture de mon exercice comptable, fixée au _____ [JJ/MM] de l'année. Je recevrai en temps utile une attestation fiscale de la part de la mutuelle. <p>* APM (Association de Prévoyance Mutualiste des Professions Indépendantes), association loi 1901, située 25 place de la Madeleine, 75008 Paris.</p> |
|--|---|--|