

Exemplaire à retourner avec les documents à joindre

CADRE RESERVÉ À LA MUTUELLE

Date d'adhésion : |_|_|_|_|_| N° adhérent : |_|_|_|_|_| Code entreprise : |_|_|_|_|_|
 Code secteur : |_|_|_|_|_| Code origine : |_|_|_|_|_| Code contrat : |_|_|_|_|_|
 Libellé population : |_|_|_|_|_|

Ce contrat collectif à **adhésion facultative** est souscrit par l'ACPS auprès de France Mutuelle

ADHERENT

Date d'adhésion souhaitée ⁽¹⁾ : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|_|

M. Mme Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____

Prénom : _____ Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|_|

Nationalité : _____ N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|

Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____ Pays : _____

Téléphone fixe : |_|_| / |_|_| / |_|_| / |_|_| / |_|_|

Téléphone mobile : |_|_| / |_|_| / |_|_| / |_|_| / |_|_|

E-mail : _____

Situation maritale : Marié(e) : Pacsé(e) : En union libre : Célibataire : Veuf(-ve) : Divorcé(e) :

Télétransmission* : oui non** Si vous cochez la case « non », veuillez indiquer le motif de refus** : _____

Caisse RO : _____

AFFILIATION DES AYANTS DROIT

Je choisis d'affilier mes ayants droit : Oui Non

Chaque ayant droit bénéficiera des mêmes garanties que vous.

Pour l'affiliation de vos ayants droit, merci de compléter le tableau ci-dessous :

	NOM	Prénom	Sexe H/F	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale	Télétrans- mission *	Motif de refus télétransmission**
Conjoint					-----	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant 1					-----	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant 2					-----	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant 3					-----	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant 4					-----	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

*En cochant la case « Oui », vous autorisez GFM à recevoir directement les décomptes de votre Régime Obligatoire (RO). A défaut de réponse, les échanges seront faits en automatique avec votre RO.

** Le numéro de motif de refus de télétransmission à indiquer est l'un des trois suivants :

001 - Personne bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire (CSS)

007 - Personne titulaire d'un autre contrat frais de santé auprès d'un autre organisme complémentaire.

Merci de bien vouloir indiquer le nom de cet organisme :

008 - Choix personnel : **Si ce motif est indiqué, merci de bien vouloir joindre obligatoirement à votre adhésion le document transmis dûment rempli et signé par la personne concernée attestant sur l'honneur qu'elle n'a pas, par ailleurs, un autre contrat frais de santé auprès d'un autre organisme complémentaire.**

GARANTIES

Garantie(s) souscrite(s) : _____ Option(s) : _____

Cotisation mensuelle : € pour l'année 20____ .

CADRE RESERVÉ À LA MUTUELLE

RÈGLEMENT

Mode de règlement : Prélèvement : mensuel trimestriel semestriel annuel

Date de prélèvement souhaitée : 5 10

(Si la date de prélèvement n'est pas indiquée, elle sera appliquée au 5.)

Chèque : trimestriel semestriel annuel

PIECES A JOINDRE

Joignez obligatoirement :

- Une **attestation d'Affiliation à l'Assurance Maladie** (pour chaque bénéficiaire inscrit sur le présent bulletin d'adhésion et datant de moins de 3 mois),
- Un **Relevé d'Identité Bancaire de l'adhérent**,
- Le **Mandat SEPA**, ci-joint, dûment rempli, sauf si paiement par chèque annuel, semestriel ou trimestriel,
- Un **chèque** libellé à l'ordre de GFM correspondant au montant de la cotisation du 1^{er} mois,
- Une **photocopie recto-verso de la Pièce d'Identité** en cours de validité de l'adhérent (Carte nationale d'Identité, Passeport ou Carte de séjour),
- Un **justificatif de domicile datant de moins de 3 mois** (quittance de loyer, facture de gaz, EDF, téléphone fixe ou mobile),
- Un **certificat de scolarité** ou la **photocopie de la carte étudiante** si l'enfant suit des études supérieures (à partir de 16 ans jusqu'à 28 ans révolus),
- **Document justifiant**, le cas échéant, de la **qualité d'ayant droit** de la personne concernée (époux, concubin et partenaire de PACS),
- Le **questionnaire LCB-FT**, ci-joint, dûment rempli.

COLLECTIVITÉ

Identité de la collectivité : _____

Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

SIGNATURE DE L'ADHERENT

Par cette signature, je déclare accepter les termes du présent bulletin d'adhésion, et j'atteste :

- de l'exactitude des informations qui y sont renseignées
- avoir pris connaissance de la clause Informatique et Libertés et de mes droits
- avoir reçu la notice d'information, la fiche IPID, le règlement mutualiste et les statuts de France Mutuelle
- adhérer, pour moi-même et les membres de ma famille couverts par France Mutuelle, à l'association ACPS située 3, avenue Germaine Tillion- Immeuble Origami – CS30724 – 35207 Rennes cedex 02.

Je souhaite bénéficier du service gratuit « Alerte SMS » et recevoir un SMS à chaque virement sur le numéro de portable suivant :

|_|_| / |_|_| / |_|_| / |_|_| / |_|_|

Je souhaite participer aux opérations de parrainage et jeux concours ⁽²⁾

J'accepte de recevoir des informations sur les offres, produits et services de France Mutuelle ⁽²⁾

J'accepte de recevoir des offres commerciales de la part des partenaires de France Mutuelle ⁽²⁾

J'accepte de recevoir, dans le cadre de la dématérialisation des échanges, l'ensemble des documents relatifs à mon contrat via mon Espace adhérent ⁽²⁾

En cas d'adhésion à distance ou par démarchage à domicile, vous disposez de 14 jours calendaires révolus pour renoncer à votre adhésion ⁽³⁾.

Fait à _____ Le _____

Signature précédée de la mention
« Lu et approuvé »

⁽¹⁾ Nous vous informons que, sauf cas exceptionnels éventuellement prévus par la fiche/notice d'information, votre adhésion prendra effet au 1^{er} du mois qui suit la réception de l'ensemble des pièces obligatoires. A défaut de réception de la totalité des pièces obligatoires dans les 15 jours qui suivent votre demande d'adhésion, cette dernière sera considérée sans effet et annulée.

⁽²⁾ Vous pouvez modifier votre choix à tout moment via votre Espace adhérent ou en exerçant votre droit de rectification.

⁽³⁾ Voir modalités dans la notice d'information et sur notre site www.francemutuelle.fr.

CONDITIONS TARIFAIRES

Le ratio, brut de frais de gestion, entre le montant des prestations versées par la mutuelle pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes collectées afférentes à ces garanties s'élevé à 73%.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion de la mutuelle au titre de ces mêmes garanties et le montant des cotisations ou primes collectées s'élevé à 18,1%, dont 3,9% en frais d'acquisition et 14,2% en frais de gestion autres.

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.

Le responsable du traitement de vos données à caractère personnel est Groupe France Mutuelle. Conformément au Règlement Général sur la protection des données, vous disposez, sans frais d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, de suppression de vos données ainsi que d'un droit d'opposition au traitement de vos données. Vous avez également le droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à l'adresse suivante : Groupe France Mutuelle, Délégué à la protection des données, Direction Juridique, 10 rue du 4 Septembre, CS 11601, 75089 Paris Cedex 02, ou par mail à GFM_CIL@francemutuelle.fr. En cas d'insatisfaction, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Les entreprises d'assurance sont assujetties aux obligations légales et réglementaires de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme en application de l'article L.561-2 du Code monétaire et financier et à ce titre, sont tenues de recueillir les informations demandées dans le présent document.

ACTIVITE DU SOUSCRIPTEUR/ADHÉRENT

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Activité professionnelle secteur privé
<input type="checkbox"/> Dirigeant de société
<input type="checkbox"/> Profession libérale / Indépendant
<input type="checkbox"/> Artisan / Commerçant
<input type="checkbox"/> Fonction publique | <input type="checkbox"/> Profession agricole
<input type="checkbox"/> Activité professionnelle autre secteur
<input type="checkbox"/> Retraité
<input type="checkbox"/> Etudiant
<input type="checkbox"/> Sans profession / Inactif |
|---|---|

ACTIVITE DU CONJOINT OU CONCUBIN si ce dernier est inscrit au contrat

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Activité professionnelle secteur privé
<input type="checkbox"/> Dirigeant de société
<input type="checkbox"/> Profession libérale / Indépendant
<input type="checkbox"/> Artisan / Commerçant
<input type="checkbox"/> Fonction publique | <input type="checkbox"/> Profession agricole
<input type="checkbox"/> Activité professionnelle autre secteur
<input type="checkbox"/> Retraité
<input type="checkbox"/> Etudiant
<input type="checkbox"/> Sans profession / Inactif |
|---|---|

PERSONNES POLITIQUEMENT EXPOSÉES

(Cf. Définition des personnes politiquement exposées avant de compléter ce paragraphe)

Exercez-vous ou avez-vous exercé depuis moins d'un an une fonction politique, juridictionnelle ou administrative importante ?

Non Oui – Fonction exercée : _____

Dans quel pays : _____ Depuis : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| jusqu'à : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Une personne de votre famille ou de votre entourage exerce-t-elle ou a-t-elle exercé au cours des 12 derniers mois une fonction politique, juridictionnelle ou administrative importante ?

Non Oui – Fonction exercée : _____

Dans quel pays : _____ Depuis : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| jusqu'à : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Liens avec cette personne : _____

DÉFINITION DES PERSONNES POLITIQUEMENT EXPOSÉES

Sont considérés comme des Personnes Politiquement Exposées (PPE) :

Les souscripteurs ou adhérents qui exercent ou ont cessé d'exercer depuis moins d'un an, l'une des fonctions suivantes, pour le compte de la France, d'un état étranger ou d'une organisation internationale :

1. Chef d'Etat, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission Européenne ;
2. Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti politique ou groupement politique ;
3. Membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours ;
4. Membre d'une cour des comptes ;
5. Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;
6. Ambassadeur ou chargé d'affaires ;
7. Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ;
8. Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique exerçant son activité au niveau national ;
9. Directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.

Y compris les membres directs de leur famille

1. Le conjoint ou le concubin notoire ;
2. Le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
3. En ligne directe, les ascendants, descendants et alliés, au premier degré, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère.

Ou les personnes connues pour leur être étroitement associées

1. Toute personne physique identifiée comme étant le bénéficiaire effectif d'une personne morale conjointement avec le souscripteur ou l'adhérent ;
2. Toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec le souscripteur ou l'adhérent.

Fait à : **Le :**

Signature :

