

J'adhère à la garantie : \_\_\_\_\_ (Version)  DS 07  DS 15

Date d'effet du contrat : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Votre situation :  Salarié  TNS  Retraité

Situation de votre conjoint(e) :  Salarié  TNS  Retraité

Régime fiscal Madelin :  Oui  Non

## VOUS

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ N° Sécurité Sociale : | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |  
(obligatoire)

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Téléphone (fixe / portable) : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Heures d'appels disponibles : \_\_\_\_\_

## CONJOINT OU CONCUBIN\* OU PARTENAIRE LIÉ PAR LE PACS\*\*

\* Fournir une attestation délivrée par la mairie, une copie du livret de famille en cas d'enfant en commun ou, à défaut une déclaration sur l'honneur avec une justification du domicile commun. \*\* Fournir une attestation de moins de 3 mois délivrée par le Greffe du Tribunal d'instance du lieu de naissance.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ N° Sécurité Sociale : | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |  
(sous lequel le conjoint est pris en charge)

## ENFANT(S) À CHARGE\*

Sexe	Nom	Prénom	Né(e) le	N° Sécurité Sociale (sous lequel l'enfant est pris en charge)	Adh / Conj
M / F					
<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____	_____	__ / __ / ____		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____	_____	__ / __ / ____		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____	_____	__ / __ / ____		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	_____	_____	__ / __ / ____		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>

\* Les enfants figurant sur l'attestation Sécurité sociale du salarié ou de son conjoint/concubin/partenaire lié par un PACS, les enfants de moins de 27 ans poursuivant leurs études et inscrits à la Sécurité Sociale (régime des étudiants).

**MONTANT DE LA COTISATION MENSUELLE :** \_\_\_\_\_ **€ TTC.**

Frais de dossier : 20 € à régler lors de l'adhésion par chèque à l'ordre de Diffusion Santé.

## MODE DE RÉGLEMENT

Prélèvement automatique :  Mensuel  Trimestriel  Annuel

## PIÈCES À JOINDRE

- Frais de dossier : 20 € à l'ordre de DIFFUSION SANTÉ
- Un Relevé d'Identité Bancaire, postal ou de Caisse d'Épargne du souscripteur
- Une photocopie de la pièce d'identité (CNI ou passeport en cours de validité)
- Une photocopie de l'attestation d'Affiliation à l'Assurance Maladie (pour chaque bénéficiaire inscrit sur le présent bulletin d'adhésion et datant de moins de 3 mois).

**Dossier complet à transmettre à : Diffusion Santé 470 rue des Grillères, 01580 Matafelon Granges**

J'ai pris bonne note que le reflet de nos décomptes Sécurité Sociale transitera entre les CPAM et Henner / GMC par télétransmission selon la procédure « NOEMIE ». J'ai la faculté de refuser cette procédure en le notifiant par écrit sur papier libre joint avec le présent document. Je certifie l'exactitude des déclarations ci-dessus qui serviront de base à l'affiliation.

Date\* et signature précédées de la mention « Lu et approuvé »

Cachet de votre conseiller

(\* ) En vertu de l'article L. 112-2-1 du Code des Assurances, vous disposez d'un délai de 14 jours francs pour exercer votre droit à renoncer à la souscription de vos contrats souscrits sur internet ou par téléphone, sans avoir à vous justifier. Si ce délai se termine un samedi, un dimanche ou un jour férié, vous avez alors jusqu'au jour suivant ouvrable. Ce délai court à partir de la date de souscription du présent contrat. Attention : ce droit ne peut plus vous être ouvert si l'exécution de la prestation du service d'assurance a commencé avant la fin de ce délai de 14 jours (article L 121-20-2 du code de la consommation), c'est-à-dire si des prestations ont déjà été versées au titre du contrat. Un modèle de lettre de renonciation figure dans la notice d'information qui vous est remise lors de l'adhésion.

### Protection des données personnelles

Les informations recueillies relatives aux données personnelles font l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la passation, la gestion, au suivi et à l'exécution du contrat. Les données personnelles peuvent également être utilisées pour des actions de fidélisation et pour améliorer la qualité de service par le biais d'enquêtes de satisfaction. Les destinataires des données sont la Mutuelle en sa qualité de Responsable de traitement des données, son gestionnaire, ses partenaires (courtiers, réassureurs) et ses sous-traitants, ainsi que le cas échéant, les organismes de Sécurité sociale et professionnels de santé. Vous êtes également susceptibles de recevoir des offres commerciales de la part de la Mutuelle, sauf opposition de votre part, pour des produits et des services analogues. En aucun cas, les données personnelles ne seront transmises à des organismes tiers en vue de démarches commerciales. En outre, les informations recueillies pourront être également utilisées dans le cadre des opérations de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, ainsi que la lutte contre la fraude, conformément à nos obligations légales. Ces informations sont conservées pendant le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de conservation et de prescription légaux. Les données personnelles des prospects qui n'ont pas conclu de contrat, sont conservées pendant trois ans maximum. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données (UE) européen 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD), vous bénéficiez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'information sur les données collectées, d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement ou de limitation du traitement ainsi que d'un droit de retrait du consentement et, pour motifs légitimes, d'opposition aux informations qui vous concernent, droit qui peut être exercé par courriel : [delegue-protection-donnees@mutualia.fr](mailto:delegue-protection-donnees@mutualia.fr) ou par voie postale : Mutualia - Protection des données personnelles - 19 rue de Paris - 93013 BOBIGNY. Une réponse vous sera apportée dans un délai d'un mois suivant la réception de votre demande. Vous disposez également d'un droit à réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <https://www.cnil.fr/fr/plaintes>. Vous avez également la possibilité d'effectuer un recours juridictionnel.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations précitées et je consens à la collecte et au traitement des données personnelles tels que défini dans le cadre de ce bulletin :

Si vous souhaitez recevoir les offres commerciales de nos partenaires, pour des produits et services analogues, merci de cocher cette case :

Si vous ne souhaitez pas recevoir des offres commerciales de MUTUALIA, merci de cocher cette case :

## Informations sur le calcul des ratios prestations sur cotisations et des frais de gestion de la mutuelle

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 la Mutuelle 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.

Prestations sur cotisations : 79,14 %

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.

Frais de gestion : 20,19 %

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.

En signant ce formulaire de mandat SEPA (Single Euro Payments Area ou Espace unique de paiement en euros), vous autorisez Henner GMC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Henner GMC.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

**CRÉANCIER :**

HENNER GMC  
 14 bd du Général Leclerc  
 92200 NEUILLY-SUR-SEINE  
 FRANCE

Identifiant Créancier SEPA

FR56ZZZ414162

Référence Unique de Mandat

**LE DEBITEUR (Veuillez compléter les champs suivants en majuscules) :**

Nom / Prénom : .....Raison Sociale : .....

Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

Coordonnées bancaires du compte à débiter (Merci de joindre un Relevé d'Identité Bancaire) :

IBAN :

BIC :

**LE TIERS-DEBITEUR (Si différent du DEBITEUR) :**

Nom / Prénom : .....

Si vous payez la facture d'une autre personne veuillez indiquer ici son nom et prénom.  
 Si vous payez pour votre propre compte ne pas remplir.

Type de paiement : Récurrent

Fait à : ..... Le : ...../...../.....

**J'accepte d'être informé(e) de mes prélèvements au minimum 5 jours avant l'échéance.**

Signature :

**À retourner à :**  
**HENNER GMC**  
 UG 38  
 1, rue Marcel Paul  
 44097 Nantes Cedex 1  
 FRANCE

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

# Recueil des besoins

## Informations et conseil santé

Ce document est établi conformément à la réglementation sur l'intermédiation (notamment les articles L 520-1 et R 520-2 du code des assurances). Vous pouvez sur simple demande, obtenir par courrier ou courriel le nom des Sociétés d'assurances avec lesquelles votre courtier travaille. Dans la catégorie dans laquelle travaille le Courtier, celui-ci ne produit pas une analyse du marché et ne peut donc offrir au client la meilleure offre du marché.

### ➔ Cabinet :

Dénomination sociale :

Adresse :

Courriel :

RCS :

Orias : (consultable sur le site de l'Orias : [www.orias.fr](http://www.orias.fr))

Téléphone :

### ➔ Conseiller :

Nom :

Agissant en qualité de :

Téléphone :

### ➔ Identité du client :

Nom et prénom du client : .....

Adresse : .....

Code postale et ville : .....

Courriel : .....@.....

Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Situation familiale : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Situation professionnelle : .....

### ➔ Liste des personnes à assurer :

	Nom	Prénom	Né(e) le	N° de sécurité sociale	Régime	N° affiliation
Assuré						
Conjoint						
Enfant 1						
Enfant 2						
Enfant 3						
Enfant 4						



## Recueil des besoins :

➤ Soins courants : Les médecins que vous consultez pratiquent des dépassements d'honoraires :

Jamais  Parfois  Souvent

➤ Hospitalisation : Vous souhaitez que les dépassements d'honoraires des chirurgiens et anesthésistes soient :

A votre charge  En partie pris en charge  En majorité pris en charge

➤ Dentaire : Vos besoins sont :

Faibles (soins classiques)  Normaux (1 à 2 prothèses / an)  Forts (prothèses et implants)

➤ Optique : Vous portez des lunettes et :

Acceptez un reste à charge  Souhaitez réduire au maximum le reste à charge

➤ Médecine douce : Vous consultez des professionnels tels que chiropracteurs, ostéopathes...de manière :

Ponctuelle  Occasionnelle  Régulière

➤ Quel est le budget mensuel de cotisation fixé ? .....€

➤ Avez-vous un besoin spécifique à développer ?

.....

## ➔ Produit conseillé :

A l'issue de l'entretien de recueil des besoins et du présent document, il est proposé et recommandé au client le(s) produit(s) suivant(s) : .....

A l'issue de l'entretien, je soussigné.....retient le produit suivant : .....au motif que les garanties et caractéristiques de ce produit me conviennent et correspondent le mieux à mes besoins.

Je reconnais avoir pris connaissance de ce document et l'avoir complété avant l'établissement de mon contrat.

Je reconnais que des précisions ont été apportées sur les garanties, les tarifs ainsi que le porteur de risques concernant le produit conseillé.

Fait le ..... / ..... / ....., à .....

Signature conseiller	Signature client
----------------------	------------------