

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 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 judiciaire.

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.

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)

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
----------------------	------------------