

RÉSERVÉ À  
L'ADMINISTRATION

DS 07

DS 15

J'adhère à la garantie :  MARCO POLO  LA PEROUSE  CARTIER  VASCO  COLOMB  MAGELLAN

J'adhère à la Surcomplémentaire «CENTAUREA SURCO» :  OUI  NON

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

Votre situation :  Salarié  TNS  Retraité

Situation de votre conjoint(e) :  Salarié  TNS  Retraité

Régime fiscal Madelin :  Oui  Non

**SOUSCRIPTEUR ET BENEFICIAIRES (CONJOINT OU CONCUBIN\* OU PARTENAIRE LIÉ PAR LE PACS\*\*)**

MME  M. Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

E-mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ Téléphone (fixe / portable) : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

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

	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° D'ASSURÉ(E) SOCIAL(E) (pour les enfants, précisez le numéro de Sécurité sociale de rattachement)	RÉGIME D'AFFILIATION (MSA, CPAM...)	RÉGIME Alsace- Moselle
Vous			__/__/____	_____		<input type="checkbox"/>
Conjoint(e) / Assimilée			__/__/____	_____		<input type="checkbox"/>
Enfant 1***			__/__/____	_____		<input type="checkbox"/>
Enfant 2			__/__/____	_____		<input type="checkbox"/>
Enfant 3			__/__/____	_____		<input type="checkbox"/>
Enfant 4			__/__/____	_____		<input type="checkbox"/>

\* 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. \*\*\* 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.**

Ce produit d'assurance complémentaire santé prévoit la prise en charge de tout ou partie des frais médicaux engagés en cas de maladie, d'accident ou de maternité, en complément non des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire, dans la limite de la garantie souscrite.

**MODE DE RÉGLEMENT**

Prélèvement automatique mensuel

Paiement par chèque :  Trimestriel  Annuel

Vous êtes couvert pendant toute la durée de votre adhésion ; celle-ci est annuelle, elle se renouvelle par tacite reconduction par période d'un an, sous réserve du paiement de votre cotisation annuelle.

## PIÈCES À JOINDRE

- 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) du souscripteur
- 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).
- Le recueil de besoin

**Dossier complet à transmettre à : Diffusion Santé et Assurances - 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 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.

Je déclare avoir été informé(e) des modalités de résiliation et notamment de la possibilité de dénoncer mon adhésion après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première année pleine et entière d'adhésion, sans motif ni pénalités, par lettre simple ou sur tout autre support durable.

### 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 : 77,33 %

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 : 18,11 %

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.

#### 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 juridique.

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 :

# ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE

## Document d'information sur le produit d'assurance

Mutualia Territoires Solidaires . Mutuelle immatriculée en France, sous le numéro SIREN 449 571 256. Soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité.

Produit : LES GRANDS NAVIGATEURS



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Les informations complètes sur l'offre sont présentées dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau de garanties.

### De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit LES GRANDS NAVIGATEURS (Marco Polo, La Perouse, Cartier, Vasco, Colomb, Magellan) a pour objet de rembourser tout ou partie des frais de santé engagés par l'adhérent ou ses ayants droit en cas de maladie, d'accident ou de maternité. Il intervient en complément d'un régime obligatoire d'Assurance maladie (RO) et le cas échéant, pour couvrir des garanties non prises en charge par le RO. Le produit LES GRANDS NAVIGATEURS est solidaire et responsable.



### Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des **plafonds** qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent dépasser les frais réellement engagés et une somme peut rester à votre charge.

### Les garanties systématiquement prévues :

Les montants des prestations sont soumis à des **plafonds**. Ils ne peuvent dépasser les frais réellement engagés et une somme peut rester à votre charge.

- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, actes d'imagerie et d'échographie, honoraires paramédicaux, analyse et examens de laboratoire, médicaments PEC RO, matériel médical PEC RO, analyse non PEC RO, transport PEC RO
- ✓ **Hospitalisation** : honoraires (médicaux, chirurgicaux), frais de séjour, forfait journalier, hospitalisation à domicile, chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire, forfait d'accompagnement de l'enfant, prime de naissance ou d'adoption, hospitalisation à domicile
- ✓ **Optique** : équipements 100% santé et à tarifs libres, lentilles PEC RO ou non PEC RO (y .c jetables), autres prestations optiques 100% santé et à tarifs libres, chirurgie réfractive
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses 100% santé, soins PEC RO et ne relevant pas du dispositif 100% santé, prothèses PEC RO et non PEC RO ne relevant pas du dispositif 100% santé, implants/parodontologie non PEC RO et PEC RO, orthodontie PEC ou non RO
- ✓ **Aides auditives** : équipements 100% santé et équipements à tarifs libres
- ✓ **Cures thermales PEC RO**: soins, forfait thermal, transport, hébergement pris en charge par le RO
- ✓ **Prévention** : actes de prévention pris en charge par le RO, diagnostic prostate
- ✓ **Bien être** : forfait médecine douce, Analyses non remboursés par le RO, Psychologue libéral, Thérapie manuelle, Psychothérapie, Microkinésithérapie, Radios non remboursées par le RO. Pilules contraceptives, traitements oestro-progestatifs, implants contraceptifs non PEC RO, sevrage tabagique non PEC RO, pharmacie non PEC RO, homéopathie.

### Les services systématiquement prévus :

- ✓ **Réseau de soins optique carte blanche**
- ✓ **Mutualia Assistance** : assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation (aide-ménagère, livraison de médicaments, garde d'enfant, etc.)

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement proposées par le contrat, quelle que soit la formule souscrite.



### Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ❗ Les soins et frais réalisés avant la prise d'effet du contrat et après sa date de résiliation
- ❗ Les prestations non prises en charge par l'assurance maladie et non expressément prévues dans le tableau des garanties



### Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

#### Les principales exclusions du contrat

- ! La participation forfaitaire et les franchises prévues sur les médicaments, les transports, les actes médicaux et paramédicaux
- ! Les majorations de participation appliquées par l'Assurance maladie pour non-respect du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérent pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

#### Les principales restrictions :

- ! **Honoraires médicaux** : les consultations et visites en secteur non conventionné, limité à 155% BR
- ! **Honoraires médicaux et chirurgicaux** : y/c pour les séjours en maison de repos, de convalescence et d'hospitalisation à domicile. Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire : PEC en illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale en secteur conventionné, limités à 30 jours pour toutes les autres situations (psychiatrie...)
- ! **Forfait accompagnement de l'enfant** : pour les enfants de moins de 16 ans, limite 30 jours par an
- ! **Prime de naissance ou d'adoption** : sous condition d'adhésion de plus de 9 mois et d'affiliation de l'enfant au contrat
- ! **Equipements optiques** : limité à un équipement composé de deux verres et une monture, par période de 2 ans. Cette période est réduite à 1 an en cas d'évolution de la vue et pour les enfants de moins de 16 ans et à 6 mois pour les enfants de moins de 7 ans, en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.
- ! **Lentilles PEC RO** : forfait par période annuelle, une fois le forfait intégralement consommé, prise en charge à hauteur du ticket modérateur
- ! **Equipements audioprothèse** : prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans avec un remboursement limité à 1700 €/oreille.
- ! **Cures Thermales** : uniquement si PEC par le RO
- ! **Forfait bien-être**: forfait annuel par bénéficiaire à utiliser librement, sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas PEC totalement par le RO et dans la limite du montant du forfait indiqué.



### Où suis-je assuré ?

- ✓ En France et à l'étranger
- ✓ Dans le cas où les soins sont dispensés à l'étranger, le contrat intervient uniquement dans les cas et sur la base de remboursement d'un régime d'assurance maladie obligatoire.



### Quelles sont mes obligations ?

**Sous peine de suspension des garanties, de leur nullité ou de non couverture, vous devez :**

#### **A la souscription du contrat**

- Renseigner avec exactitude et précision toutes les informations demandées sur le bulletin d'adhésion et nécessaires à la mise en œuvre de la garantie choisie
- Fournir tout document justificatif demandé par HENNER
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat

#### **En cours de contrat**

- Payer les cotisations
- Déclarer à HENNER les événements suivants dans un délai de 3 mois :
  - changement de situation : changement de situation familiale (mariage, naissance, séparation, décès, divorce, concubinage, PACS), changement de régime de base de sécurité sociale ou de régime local d'assurance maladie complémentaire (Alsace-Moselle), appartenance à une autre mutuelle à titre obligatoire, changement d'adresse ou de compte bancaire
  - changement de situations personnelles, cessation d'activité, perte d'emploi, départ à la retraite, etc.

#### **En cas de sinistre**

- Fournir les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations
- Faire parvenir les demandes de remboursement dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de réalisation de l'acte



### Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont annuelles. Elles sont payables d'avance (à terme à échoir), par chèque ou par prélèvement sur votre compte bancaire annuellement ou par fractionnement mensuel



### Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- L'adhésion prend effet le 1er jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion ou à une date ultérieure fixée sur ce bulletin. L'adhésion est valable pour l'année civile, même pour les personnes adhérant en cours d'année. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.
- Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet de l'adhésion fixée au bulletin d'adhésion et prennent fin à la date de résiliation du contrat.



### Comment puis-je résilier mon contrat ?

#### **Résiliation annuelle**

Le contrat peut être résilié annuellement par l'envoi d'un courrier recommandé au siège de Diffusion Santé (470 rue des Grillères – 01 580 Matafelon Granges)

- avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 1er janvier qui suit ;
- un droit de renonciation est possible en cas de vente à distance ou de démarchage dans les conditions et délais prévus au sein de votre contrat.

La résiliation prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant la notification et la communication des justificatifs.



# 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
----------------------	------------------