

FONCTIONNAIRE

Demande d'adhésion 2017
MUTUELLE COMPLEMENTAIRE SANTE

Le contrat de mutuelle est souscrit par l'association d'assurés Santé Cœur de Puisaye.

Tous les champs sont obligatoires, informations à renseigner en lettres MAJUSCULES

VOTRE ADHESION

Date d'effet souhaitée

___ / ___ / _____

(1) Nouvelle adhésion

Modification d'un contrat existant

J'adhère à l'association

N° _____

EMPLOYEUR

Dénomination _____

Adresse _____

Complément d'adresse _____

Code postal

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Commune

Téléphone (1)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail (1)

VOUS-MÊME : ASSURÉ PRINCIPAL

Sécurité Sociale

CPAM MSA

Autre _____

N° de Sécurité Sociale

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom _____

Prénoms _____

Date de naissance

___ / ___ / _____

Activité professionnelle _____

Mail Adresse

Complément _____

Code postal

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Commune

Mail Téléphone (2)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail (2)

VOTRE CONJOINT, CONCUBIN OU PARTENAIRE PACS

N° de Sécurité Sociale

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom _____

Prénoms _____

Date de naissance

___ / ___ / _____

VOS ENFANTS A CHARGE

Sexe	Noms & Prénoms	Date de naissance	N° Sécurité Sociale
<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M		___ / ___ / _____	
<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M		___ / ___ / _____	
<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M		___ / ___ / _____	
<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M		___ / ___ / _____	
<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M		___ / ___ / _____	

VOTRE FORMULE DE GARANTIES

Tarifs mensuel 2017 mensuels par personne	Nbre	Formule 1 Initiale	Formule 2 Confort 150	Formule 3 Confort 200	Formule 4 Confort 300	Formule 5 Premium
Actifs ⁽³⁾		x 27 € = € soit 0,82% pmss ⁽⁷⁾	x 40 € = € soit 1,21% pmss ⁽⁷⁾	x 65 € = € soit 1,98% pmss ⁽⁷⁾	x 100 € = € soit 3,07% pmss ⁽⁷⁾	x 137 € = € soit 4,18% pmss ⁽⁷⁾
Enfants ⁽³⁾	2 maximum	x 15 € = € soit 0,45% pmss ⁽⁷⁾	x 24 € = € soit 0,73% pmss ⁽⁷⁾	x 38 € = € soit 1,15% pmss ⁽⁷⁾	x 56 € = € soit 1,73% pmss ⁽⁷⁾	x 76 € = € soit 2,31% pmss ⁽⁷⁾
Retraités ⁽³⁾		x 40 € = € soit 1,23% pmss ⁽⁷⁾	x 60 € = € soit 1,82% pmss ⁽⁷⁾	x 97 € = € soit 2,97% pmss ⁽⁷⁾	x 151 € = € soit 4,61% pmss ⁽⁷⁾	x 205 € = € soit 6,27% pmss ⁽⁷⁾
Adhésion à l'Association d'assurés	1	0,50 €	0,50 €	0,50 €	0,50 €	0,50 €
Total mensuel		€	€	€	€	€

TÉLÉTRANSMISSION & INFORMATIONS

Je souhaite bénéficier de la télétransmission de mes décomptes avec la Sécurité Sociale ⁽⁴⁾ pour :

⁽⁴⁾ moi-même mon conjoint mes enfants

Je suis d'accord pour recevoir des offres complémentaires ⁽⁵⁾

Je donne mandat à QAPE pour procéder en mon nom aux démarches de résiliation de la mutuelle complémentaire santé en cours, dont les coordonnées sont ^(*)

• N° de contrat : _____

• Date échéance (si connue) : ___ / ___ / _____

• Nom de l'assureur : _____

• Adresse de l'assureur pour la résiliation : _____

Législation relative au traitement des données à caractère personnel

Les informations recueillies ont un caractère obligatoire pour le traitement de votre dossier. Sauf avis contraire de votre part adressé à QAPE - Immeuble BuroVert - ZA Les Hâtes du Vernoy - 89130 Toucy, ces informations peuvent être communiquées à des tiers pour les besoins de l'exécution et de la gestion du contrat.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes concernant ces données que vous pouvez exercer par courrier auprès de : QAPE - Immeuble BuroVert - ZA Les Hâtes du Vernoy - 89130 Toucy

(*) Vous pouvez également joindre une copie du dernier appel de cotisation

Je certifie sincères et véritables les informations renseignées dans ce document et j'atteste avoir pris connaissance des statuts de l'Association souscriptrice du contrat, préalablement à la signature de la présente demande d'adhésion.

Fait le ___/___/_____ à

Documents à joindre pour l'adhésion :

- Photocopie de l'attestation de la Sécurité Sociale ⁽⁶⁾ (jointe à la Carte Vitale, pas la carte à puce)
- Relevé d'identité bancaire de l'assuré principal pour le prélèvement des cotisations
- Si différent, relevé d'identité bancaire pour recevoir les remboursements ⁽⁸⁾

Dossier complet à renvoyer à votre contact commercial :

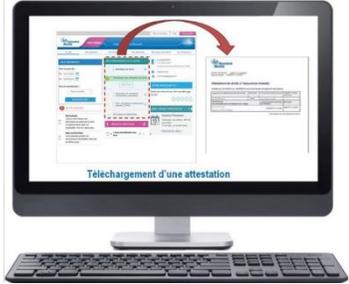
par courrier à **Santé de l'Yonne, QAPE - Immeuble BuroVert - ZA Les Hâtes du Vernoy - 89130,**
ou par email (bulletin d'affiliation et documents scannés ou pris en photo) à **gestion@mutuelle-sante-yonne.fr**

Signature

Législation relative au traitement des données à caractère personnel

Les informations recueillies ont un caractère obligatoire pour le traitement de votre dossier. Sauf avis contraire de votre part adressé à QAPE - Immeuble BuroVert - ZA Les Hâtes du Vernoy - 89130 Toucy, ces informations peuvent être communiquées à des tiers pour les besoins de l'exécution et de la gestion du contrat.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes concernant ces données que vous pouvez exercer par courrier auprès de :
QAPE - Immeuble BuroVert - ZA Les Hâtes du Vernoy - 89130 Toucy

- (1) **Téléphone et mail de votre employeur**
Préférez le téléphone et le mail « de correspondance », c'est-à-dire celui du service ou de la personne qui répond aux questions de mutuelle complémentaire.
Si vous ne connaissez pas ce service ou cette personne, laissez le champ mail vide.
- (2) **Votre numéro de téléphone et votre adresse mail**
Préférez le numéro de téléphone où vous êtes le plus facilement joignable, donc préférez plutôt votre numéro de téléphone portable à votre téléphone fixe de domicile.
Si vous ne disposez pas de compte email, laissez ce champ mail vide.
- (3) **Bénéficiaires de votre formule de garantie (le conjoint bénéficie du statut du souscripteur)**
Actifs : personnes qui n'ont pas liquidé leur pension de retraite des régimes obligatoires.
Enfants à charge : enfants de moins de 26 ans, poursuivant leurs études ou à charge fiscalement du souscripteur. Les cotisations sont offertes à partir du 3^{ème} enfant.
Retraités : personnes qui ont liquidé leur pension de retraite des régimes obligatoires et qui ne bénéficient pas des dispositions du cumul emploi-retraite.
- (4) **Télétransmission de vos décomptes avec la Sécurité Sociale**
Ne vous encombrez plus avec du papier pour être remboursé de la partie mutuelle complémentaire santé.
Grâce au service Noemie, vous n'avez pas besoin d'envoyer par courrier postal à votre Mutuelle vos décomptes d'Assurance Maladie. Tout se fait automatiquement.
Le système informatique Noemie permet aux mutuelles de recevoir les informations contenues dans votre décompte d'Assurance Maladie.
Il vous suffit d'accepter la télétransmission, donc cochez bien toutes les cases dans le bulletin d'affiliation :
 moi-même mon conjoint mes enfants
et d'envoyer les attestations Sécurité Sociale pour chaque personne.
- (5) **Recevoir / rester informé des offres proposées par l'Association Santé Cœur de Puisaye**
Les solutions de prise en charge de votre santé évoluent tous les jours : objets connectés, nouvelle version de plateforme de gestion de votre compte, nouvelles offres de couverture, nouveaux services. Pour être informé de toutes ces nouveautés, recevez les offres complémentaires.
- (6) **Photocopie de l'attestation de la Sécurité Sociale**
Merci de photocopier l'attestation jointe à la Carte Vitale (cette attestation n'est pas la carte à puce elle-même, c'est l'attestation qui accompagne votre carte vitale).
Si vous n'avez plus cette attestation :
1/ vous pouvez demander cette attestation en ligne sur le site internet ameli.fr.
Vous pouvez la télécharger au format PDF en vous connectant sur votre compte sur ameli.fr, rubrique « Mes demandes ».
Vous pourrez également télécharger une attestation pour vos bénéficiaires.
Vous n'avez pas encore de compte ameli ? Complétez le formulaire en ligne pour créer votre compte.
2/ vous pouvez demander cette attestation en vous rendant à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).
- 
- (7) **PMSS**
Plafond mensuel de sécurité sociale. Les cotisations sont exprimées en % du PMSS afin de conserver leur pouvoir d'achat d'une année sur l'autre
- (8) **Relevé d'identité bancaire (RIB) pour recevoir les remboursements**
Vous pouvez recevoir les remboursements de votre complémentaire santé sur un autre compte bancaire que celui sur lequel les cotisations mensuelles sont prélevées.
Il vous suffit :
1/ de joindre les 2 RIB à votre bulletin d'affiliation
2/ de bien préciser sur chaque RIB à quoi ce compte en banque doit servir « Paiement des cotisation » ou « Remboursement des soins ».