

BULLETIN D'ADHÉSION

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ



CONSEIL DÉPARTEMENTAL DES YVELINES
2 PLACE ANDRÉ MIGNOT - 78000 VERSAILLES



CADRE RÉSERVÉ AU SALARIÉ

N° de Contrat individuel :

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

CADRE RÉSERVÉ À L'ENTREPRISE

N° de Contrat Collectif : Groupe d'assurés :

VS1804	
--------	--

CADRE RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

Commercialisation : ☐ à distance ☐ par démarchage ☐ en agence

Conseiller : _____

* Les informations suivies d'un astérisque sont considérées comme obligatoires pour la bonne exécution de votre contrat. Leur absence pourrait entraîner la nullité de ce dernier.

VOTRE GARANTIE *

☐ SOCLE ☐ CONFORT ☐ PLUS

COLLÈGE CONCERNÉ

☐ AGENT TERRITORIAL ☐ RETRAITÉ(E)

☐ AUTRE (en disponibilité, en situation de portabilité...)

DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION :

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

La couverture frais de santé souscrite est effective jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation selon les conditions et les modalités précisées dans la notice d'information.

AGENT / RETRAITÉ

☐ M ☐ Mme Nom* (en capitales) : _____ Prénom* : _____

Adresse* : _____

Code postal*

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

Ville* : _____

Adresse mail : _____

Votre situation : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Vie maritale ☐ PACS

Téléphone domicile

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

Téléphone portable/pro.

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

☐ Je bénéficie actuellement d'une garantie santé individuelle souscrite auprès de VIASANTÉ Mutuelle :

☐ OUI ☐ Je souhaite conserver mon contrat individuel N° _____ ☐ NON

☐ Je souhaite résilier mon contrat individuel N° _____ à la date de mon affiliation au contrat collectif.

☐ Je donne mandat à VIASANTÉ Mutuelle pour agir en mon nom et pour mon compte afin de résilier mon (mes) contrat(s) dont les informations figurent sur le document annexé intitulé « INFORMATIONS NÉCESSAIRES A LA RÉSILIATION ».

BÉNÉFICIAIRES

	Nom - Prénom*	Sexe M/F	Date de naissance*	N° Sécurité Sociale*	Caisse d'assurance* maladie et département (1)	Refus télétrans. (2)																									
MEMBRE PARTICIPANT			<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						<input type="checkbox"/>
CONJOINT			<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						<input type="checkbox"/>
ENFANTS À CHARGE			<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						<input type="checkbox"/>
			<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						<input type="checkbox"/>
		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						<input type="checkbox"/>	
		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						<input type="checkbox"/>	
		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						<input type="checkbox"/>	
NOUVEAU NÉ (3)			<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						<input type="checkbox"/>
NOUVEAU NÉ (3)			<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						<input type="checkbox"/>
NOUVEAU NÉ (3)			<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						<input type="checkbox"/>

(1) Vous trouverez cette information sur votre attestation papier de Sécurité sociale. Sans cet élément, la télétransmission ne sera pas mise en place. (2) Cochez la case pour vous opposer à la télétransmission avec votre Caisse d'Assurance Maladie. Vous devrez alors nous envoyer les décomptes de votre Caisse d'Assurance Maladie pour obtenir les remboursements de la Mutuelle. (3) Joindre un acte de naissance.

COTISATIONS

Montant de la cotisation mensuelle totale : _____ € TTC

Paiement des cotisations par prélèvement automatique

Date ☐ le 05 du mois ☐ le 15 du mois

Fréquence ☐ mensuel ☐ trimestriel ☐ semestriel

Je souhaite que ce compte bancaire soit enregistré pour mes remboursements :

☐ OUI ☐ NON

MENTIONS OBLIGATOIRES

Pour tous les membres participants : j'atteste de l'exactitude des renseignements fournis. La notice d'information remise au souscripteur définit les engagements contractuels existant entre la personne morale souscriptrice, chaque membre participant et la mutuelle.

Pour les enfants de plus de 16 ans, les remboursements seront versés sur le compte familial, sauf avis contraire (demande de la qualité d'ayant droit autonome).

Fait à* : _____ Date* : _____
Signature du membre participant précédée de son nom et prénom, de sa date de naissance et de la mention « lu et approuvé »

DOCUMENTS À JOINDRE

- ☐ RIB ☐ Mandat de prélèvement SEPA
☐ Dernier bulletin de salaire ou attestation de l'employeur
☐ Photocopie de l'attestation de droits au régime obligatoire

Votre adhésion à la mutuelle n'est possible que si le dossier est précisément complété et accompagné des pièces demandées.

Vos données à caractère personnel ainsi que celles de vos éventuels ayants droit sont collectées par TERRITORIA Mutuelle, pour le compte de VIASANTÉ Mutuelle en sa qualité de responsable de traitement, et traitées par VIASANTÉ Mutuelle elle-même, pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, dont l'analyse des données, dans le cadre des obligations de conseil nous incombant.

Vos données collectées au moyen d'un formulaire papier ou en ligne et signalées comme obligatoires sont nécessaires à la bonne exécution de votre contrat, leur absence pourrait entraîner la nullité de ce dernier.

Vos données peuvent également être utilisées pour poursuivre nos intérêts légitimes de protection (notamment en matière de lutte contre la fraude pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude) et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos adhérents.

Elles sont également traitées pour satisfaire à nos obligations en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Dans le cadre de la gestion du contrat, nous sommes susceptibles de recevoir des données à caractère personnel en provenance de la personne morale souscriptrice du contrat, dont vous êtes salarié, et des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Dans le cadre de ces traitements, vos données sont transmises aux services de VIASANTÉ Mutuelle en relation avec les adhérents et aux sous-traitants, qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées et, et aux administrations et autorités publiques concernées et sont conservées pendant la durée du contrat et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription et pour une durée de 3 ans après la fin de votre contrat ou après le dernier contact émanant de votre part.

Vous, ainsi que vos éventuels ayants droit, disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, leur rectification, leur effacement et leur portabilité. Vous pouvez aussi, sous certaines conditions, demander la limitation du traitement. Enfin, vous avez la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès.

Lorsque le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de VIASANTÉ Mutuelle, vous disposez du droit de vous opposer à ce traitement si vous justifiez de raisons propres à votre situation.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité (sauf si les éléments communiqués dans le cadre de votre demande permettent de vous identifier de façon certaine) à VIASANTÉ Mutuelle, à l'attention du Délégué à la protection des données - 1 avenue Carsalade du Pont - CS89921 - 66866 PERPIGNAN cedex 9 ou à DPD@viasante.fr. Nous apportons la plus grande attention à vos données personnelles, néanmoins si vous considérez que le traitement de vos données porte atteinte à vos droits vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

TRANSPARENCE DE NOTRE GESTION

Taux de redistribution = 76,86 %.

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.

Frais de gestion = 24,99 %.

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.