

BULLETIN D’AFFILIATION

Collectif - Facultatif

A remplir en 2 exemplaires par le salarié et la personne morale souscriptrice (1 ex. à conserver / 1 ex. à retourner à la mutuelle)

PARTIE RÉSERVÉE A LA MUTUELLE

N° de contrat :

Date de réception :

Date d’effet du contrat :

AFFILIATION

MODIFICATION :

Ajout d’ayant droit

Changement de garantie

Autres.....

L’ÉTABLISSEMENT

NOM :

SIRET :

Cachet de l’établissement :

L’ADHÉRENT

M. MME

NOM : PRÉNOM :

NÉ(E) LE : PROFESSION :

N° SÉCURITÉ SOCIALE : RÉGIME SOCIAL :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉLÉPHONE : E-MAIL :

SITUATION DE FAMILLE : CELIBATAIRE MARIE(E) PACSE(E) CONCUBIN(E) DIVORCE(E) VEUF(VE)

LES AYANTS DROIT

Conjoint(e), concubin(e), ou pacsé(e)	Sexe	Date de naissance	N° Sécurité Sociale	Régime Social
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Personne(s) à charge / Ayant(s) droit				
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

LA GARANTIE CHOISIE

Je constate que les garanties proposées sont en adéquation avec mes besoins et demande à adhérer à la garantie suivante :

GARANTIE :

DATE D’EFFET SOUHAITÉE* :

Le choix de l’option s’applique de façon obligatoire à tous les membres de la famille. En cas d’ajout de bénéficiaires sur le dossier, ces derniers adhéreront automatiquement à l’option choisie par l’adhérent.

* Sous réserve de la date de prise d’effet de votre résiliation infra-annuelle et de la réception de l’ensemble des justificatifs demandés.

MANDAT DE RÉSILIATION

Je dispose actuellement d'un contrat de complémentaire santé de plus d'un an que je souhaite résilier.

Je souhaite réaliser moi-même les formalités de résiliation auprès de mon assureur actuel.

Je donne mandat à AVENIR SANTÉ MUTUELLE pour effectuer les formalités de résiliation auprès de mon assureur actuel. Par conséquent, je renseigne les éléments nécessaires au traitement de cette demande :

Afin de nous permettre de résilier votre contrat santé, vous devez impérativement compléter et signer le mandat de résiliation ci-joint.

LE MODE DE PAIEMENT

Merci de compléter et de nous retourner le mandat de prélèvement SEPA ci-joint.

Le prélèvement automatique s'effectuera, sans aucun frais, selon la périodicité choisie.

Le paiement par chèque de votre première cotisation n'est possible que lors d'une souscription dans l'une de nos agences.

LES JUSTIFICATIFS A TRANSMETTRE

Adhérent	Attestation d'immatriculation à l'Assurance Maladie + Copie de votre carte d'identité ou titre de séjour en cours de validité (recto/verso) + Copie du livret de famille (pour les couples mariés, ainsi que pour les enfants) + Relevé d'Identité Bancaire + Justificatif de domicile de moins de 3 mois <u>Pour les personnes souscrivant à une option facultative :</u> + Mandat de prélèvement SEPA signé
Conjoint / Concubin / Partenaire PACS	Attestation d'immatriculation à l'Assurance Maladie + Copie de la carte d'identité ou titre de séjour en cours de validité (recto/verso) <u>Pour les personnes en concubinage :</u> + Justificatif de vie commune et/ou attestation sur l'honneur de vie commune avec la signature des deux parties <u>Pour les partenaires PACS :</u> + Pacte Civil de Solidarité ou attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal d'Instance
Enfant à charge au sens de la Sécurité Sociale	Attestation d'immatriculation à l'Assurance Maladie justifiant de la qualité d'ayant droit + Copie de la carte d'identité ou titre de séjour en cours de validité (recto/verso)
Enfant de plus de 18 ans, étudiant	Certificat de scolarité + Attestation d'immatriculation à l'Assurance Maladie + Copie de la carte d'identité ou titre de séjour en cours de validité (recto/verso)

Conformément à l'article L223.2 du code de la consommation, vous disposez du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique auprès de l'organisme BLOCTEL.

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat de complémentaire santé font l'objet d'un traitement par AVENIR SANTÉ MUTUELLE. Les données figurant sur le bulletin d'affiliation doivent obligatoirement être fournies. Dans le cas contraire, vous ne pourrez pas adhérer. Ces données sont destinées à AVENIR SANTÉ MUTUELLE et pourront être transmises, dans les limites de leurs habilitations, aux entités et partenaires qui lui sont contractuellement ou statutairement liés et à des organismes professionnels. Il n'y a pas de transfert hors de l'Union européenne. Vos données sont conservées pendant les durées légales applicables après la fin du contrat conclu avec AVENIR SANTÉ MUTUELLE. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation du traitement et de portabilité. Ces droits peuvent être exercés en vous adressant par courrier à AVENIR SANTÉ MUTUELLE, Délégué à la Protection des données CS 70703 - 78027 Versailles Cedex ou par mail à dpo@avenirsantemutuelle.fr. Dans cette demande, merci de préciser : le nom, le prénom, l'adresse e-mail et la nature du ou des droits que vous souhaitez exercer. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles, veuillez consulter la politique de protection des données sur notre site Internet : www.avenirsantemutuelle.fr.

Vos relevés de prestation seront automatiquement dématérialisés et mis à disposition sur votre espace personnel sécurisé.

L'échange d'information par télétransmission entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et la Mutuelle est mis en place automatiquement. Si vous souhaitez l'annuler, une demande doit être adressée à la Mutuelle par courrier ou tout autre support durable.

Le versement des prestations s'effectue pour l'ensemble des bénéficiaires du contrat, sur le compte bancaire choisi lors de l'affiliation. Pour toute modification ou ajout de compte, vous devez nous adresser votre demande par courrier ou tout autre support durable, accompagnée d'un Relevé d'Identité Bancaire.

Ce contrat permet la facturation en Tiers Payant du ticket modérateur des actes et prestations remboursables par l'assurance maladie.

CHANGEMENT DE GARANTIE

Le changement de garantie est possible d'un passage de niveau inférieur ou supérieur : il s'effectue au 1er janvier de chaque année sous réserve d'une demande écrite au moins deux mois avant l'échéance annuelle et d'une durée minimum d'un an dans la garantie précédente.

RÉSILIATION INFRA-ANNUELLE (art. L221-10-2 Code de la Mutualité)

Loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 : L'adhérent dispose de la faculté de dénoncer son affiliation à tout moment, si son contrat santé a plus d'un an. Une demande doit être adressée à la Mutuelle, soit par courrier ou tout autre support durable, soit par déclaration à notre siège ou auprès de l'une de nos agences.

CESSATION DE CONTRAT

En cas de cessation de contrat, l'adhérent s'engage à remettre à la Direction, ses cartes mutuelles. Ces dernières seront transmises à AVENIR SANTÉ MUTUELLE.

