

Date d'effet souhaitée de la garantie ou de la modification

Date d'effet : _____

En cas de transfert de couverture depuis votre complémentaire actuelle, la prise d'effet de votre adhésion à **MUTA SANTÉ** sera fixée au lendemain de la résiliation effective de votre complémentaire actuelle.

Souscripteur, assuré principal (retraité de Liebherr)

☐ M. ☐ Mme Nom : _____ Prénom : _____
 Nom de naissance : _____ Date de naissance : _____
 N° de Sécurité sociale : _____ ☐ Personne Politiquement Exposée (voir au verso)
 Régime de Sécurité sociale : ☐ Local "Alsace-Moselle" ☐ Général ☐ Autre (à préciser) : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Email : _____ Téléphone : _____
 En renseignant votre adresse mail, vous autorisez **MUTA SANTÉ** à vous communiquer toutes informations relatives à la gestion de votre contrat par voie dématérialisée.

Autre(s) bénéficiaire(s) à couvrir

→ Conjoint(e) / Partenaire de PACS / Concubin(e)

☐ M. ☐ Mme Nom : _____ Prénom : _____
 Nom de naissance : _____ Date de naissance : _____
 N° de Sécurité sociale : _____ ☐ Personne Politiquement Exposée (voir au verso)
 Régime de Sécurité sociale : ☐ Local "Alsace-Moselle" ☐ Général ☐ Autre (à préciser) : _____

→ Enfant(s)

Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale de l'enfant ou du parent de rattachement

Au-delà du 3^{ème} enfant, merci de nous communiquer les informations sur papier libre.

Garantie souscrite (toutes les personnes couvertes bénéficieront du niveau de garantie)

Les garanties et cotisations sont présentées sur la grille annexée.

Ces cotisations sont sujettes à évolution chaque 1^{er} janvier sur décision du Conseil d'Administration de la Mutuelle.

Modalités de gestion

- Je souhaite payer mes cotisations par prélèvements tous les ☐ mois ☐ trimestres.
- ☐ J'autorise **MUTA SANTÉ** à établir une liaison directe (télétransmission NOÉMIE) avec le régime de base afin que les remboursements complémentaires de frais de santé soient effectués de manière automatique.

Formalités administratives auprès de l'assureur actuel

Pour chaque adulte, merci de cocher la case correspondant à la situation à la date d'effet de l'adhésion à **MUTA SANTÉ**

- Je ne bénéficie d'aucune complémentaire santé actuellement.
- Je donne mandat à **MUTA SANTÉ** pour effectuer en mon nom la résiliation de mon contrat actuel (uniquement si l'ancienneté de votre contrat est supérieure ou égale à un an).
Je complète et signe le mandat joint et fournis copie de ma carte de Mutuelle.
La date d'effet du présent contrat sera alors fixée au lendemain de la résiliation de l'ancienne complémentaire santé.
- Je souhaite effectuer moi-même les formalités de résiliation et **je fournirai à MUTA SANTÉ un certificat de radiation** de ma complémentaire santé actuelle.
- Je souhaite (ou suis obligé(e) de) conserver ma complémentaire santé actuelle.
Les prestations de **MUTA SANTÉ** viendront en complément de celles garanties par cette première complémentaire santé.

Souscripteur
Conjoint


Observations :

Accords et signatures

↓ **Merci de confirmer votre accord en cochant les cases ci-dessous.**

☐ **Je reconnais avoir reçu**, préalablement à la signature du présent Bulletin d'adhésion, **les Statuts de la Mutuelle, la grille des garanties et des cotisations** de la gamme qui m'est proposée, **le Règlement mutualiste** inhérent à cette gamme ainsi que **le document d'information sur le produit d'assurance**.

☐ **Je déclare expressément vouloir ADHÉRER à la mutuelle** et en devenir membre avec tous droits et obligations afférents à cette qualité. Cette adhésion emporte acceptation des dispositions des Statuts de **MUTA SANTÉ** et des droits et obligations définis par le Règlement mutualiste.

☐ **J'accepte que mes données de santé soient traitées par MUTA SANTÉ.**

En l'absence d'acceptation du traitement de vos données de santé, la Mutuelle ne sera pas en capacité technique de vous verser les prestations garanties au contrat. Votre adhésion ne pourra donc pas être validée.

☐ **Je déclare être retraité de l'entreprise LIEBHERR.**

☐ Enfin, en cochant cette case, **j'accepte que mes données soient exploitées à des fins de prospection commerciale** afin de recevoir des offres similaires à celles déjà souscrites.

Conformément à l'article L.223-1 et suivants du Code de la consommation, dans le cas où mes données téléphoniques seraient recueillies, je dispose d'un droit d'inscription sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL en m'inscrivant sur le site www.bloctel.gouv.fr.

La signature de ce bulletin vaut autorisation de mise en place d'un prélèvement direct sur compte bancaire. Les coordonnées SEPA de ce prélèvement vous seront notifiées sur le Certificat d'Adhésion.

Fait à _____, le _____.

Les données à caractère personnel figurant dans ce document ont été collectées auprès de vous-même dans le cadre de votre adhésion au contrat **MUTA SANTÉ**.

Ces données personnelles sont exclusivement destinées à **MUTA SANTÉ** et à ses partenaires et traitées selon les finalités mentionnées à l'article 14 du Règlement mutualiste. Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, leur rectification, leur effacement, leur portabilité ou la limitation de leur utilisation. Vous pouvez aussi, sous certaines conditions, vous opposer à un traitement de ces données. Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à **MUTA SANTÉ**, à l'attention du Délégué à la protection des données à l'adresse suivante : **MUTA SANTÉ - CS 62290 - 68069 Mulhouse Cedex**, ou par mail à dpo@muta-sante.fr.

MUTA SANTÉ est une Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au SIREN sous le N° 394 152 474.

Signature :

Personne Politiquement Exposée

Tel que défini aux articles L561-10 et R561-18 du Code Monétaire et Financier, sont considérées comme Personne Politiquement Exposées (ou PPE), les personnes qui exercent, ou ont cessé d'exercer depuis moins d'un an, des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives pour le compte de la France, d'un État étranger ou d'une organisation internationale, ainsi que leurs proches (conjoint, enfants, parents).

Qui peut bénéficier de la garantie ?

Peuvent également être couverts, selon déclaration de l'assuré et outre l'intéressé lui-même :

- le conjoint, le concubin, le partenaire lié par un PACS ;
- leurs enfants, sous réserve qu'ils soient âgés de moins de 26 ans et qu'ils respectent l'une des conditions suivantes :
 - être à leur charge au sens de la Sécurité sociale,
 - scolarisés, sous réserve de **fournir un justificatif de scolarité**,
 - sous contrat d'apprentissage ou en alternance, sous réserve de **fournir le contrat d'apprentissage ou autre justificatif correspondant**,
 - ne pas exercer une activité rémunérée procurant un revenu mensuel supérieur à 75 % du SMIC,
 - quel que soit l'âge, s'ils sont handicapés dont l'état d'invalidité a été constaté avant leur 18^{ème} anniversaire.

NB : La couverture est acquise jusqu'à ce que l'enfant ne réponde plus aux conditions détaillées ci-dessus et cesse en tout état de cause, immédiatement dès qu'il exerce une activité lui procurant un revenu supérieur à 75 % du SMIC ou dès qu'il bénéficie en son nom propre d'une complémentaire santé.

Pièces à joindre au bulletin d'adhésion

- Le(s) mandat(s) joint(s) dûment rempli(s) et signé(s) et copie(s) de l'attestation mutuelle** (carte de tiers payant, carte de mutuelle) si vous souhaitez que **MUTA SANTÉ** gère la résiliation de votre complémentaire actuelle ;
- Si vous résiliez vous-même votre contrat actuel pour rejoindre **MUTA SANTÉ**, un **certificat de radiation** de votre précédente complémentaire santé.
- Pour le souscripteur, **copie d'une pièce d'identité en cours de validité avec photo** (Carte Nationale d'Identité / Passeport / Permis de conduire / Titre de séjour) ;
- Pour chacun des bénéficiaires déclarés au recto, une **Attestation de droits à la Sécurité sociale** en cours de validité sur laquelle il apparaît. Celle-ci est téléchargeable sur le compte ameli.fr ;
- Un **Relevé d'Identité Bancaire (RIB)** ;
- Pour les enfants entre 18 et 26 ans, **tout document justifiant de leur situation** : certificat de scolarité, copie de la déclaration fiscale, attestation sur l'honneur de ne pas bénéficier d'un revenu supérieur à 75 % du SMIC... ;
- Pour les enfants en situation de handicap, la **notification initiale de versement de l'Allocation Adulte Handicapé** ;
- Si vous le souhaitez, votre versement par chèque pour la période en cours. A défaut, vous serez prélevé à la prochaine échéance.

Vente à distance

Conditions applicables en cas de vente à distance :

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, je reconnais avoir été informé(e) de mon droit de renonciation dans le cadre de mon adhésion. Ce droit peut être mis en œuvre dans les quatorze jours calendaires révolus suivant la prise d'effet de l'adhésion au contrat ou bien la réception de la documentation contractuelle si celle-ci est postérieure. Dans le respect de ce délai, je pourrai renoncer à mon adhésion par l'envoi d'un papier libre dénué de toute ambiguïté ou bien par lettre rédigée selon le modèle figurant ci-dessous.

Modèle de lettre de renonciation en cas de vente à distance :

Je soussigné(e) _____ (Nom, prénom), demeurant _____ (adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au Règlement XXXXXXXX pour la (ou les) garantie(s) à laquelle (auxquelles) j'ai adhéré le ____ / ____ / ____ (préciser la date) et demande le remboursement de l'intégralité des sommes que j'ai versées au titre de ma cotisation, sous déduction des prestations éventuellement versées par **MUTA SANTÉ**.
Date, Lieu et Signature

Résiliation

La résiliation par l'assuré de son contrat peut se faire par lettre ou tout autre moyen prévu à l'article L221-10-3 du Code de la Mutualité, et à tout moment s'il est couvert depuis au moins un an. Cette résiliation prend alors effet un mois après la réception par la Mutuelle de la notification. La résiliation de l'assuré entraîne d'office celle de ses ayants droit bénéficiaire.

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____

MUTA SANTÉ

20b rue de Chemnitz
CS 62290
68069 Mulhouse Cedex

Madame, Monsieur,

Je soussigné _____,
demeurant _____,
né(e) le _____,

donne mandat à **MUTA SANTÉ**, pour agir en mon nom et pour mon compte afin de résilier le
contrat suivant souscrit auprès de _____
(adresse : _____)
pour l'ensemble des personnes couvertes et pour l'ensemble des risques qu'il couvre :

Contrat de type : Complémentaire santé

Numéro de Contrat : _____

Le présent mandat est valable pour une durée de quatorze mois à compter de sa date de
signature.

Fait à _____, le _____

Signature :