

VEILLEZ À COMPLÉTER LA PRÉSENTE DEMANDE ET À L'ADRESSER À VOTRE MUTUELLE.

Cette Fiche Conseil vise à vous orienter dans le choix de votre contrat d'assurance. Il ne constitue pas un engagement de votre part et n'engage pas l'assureur. Les préconisations sont données à titre indicatif. Pour connaître vos droits et obligations issus du contrat, vous devez vous reporter aux dispositions contractuelles qui vous seront remises lors de votre adhésion (notamment la notice d'information).

LES INFORMATIONS QUI VOUS CONCERNENT

Nom de famille (de naissance) : _____

Nom d'usage (d'époux) : _____

Prénom : _____

N° Sécurité sociale : _____

Régime de la sécurité Sociale : GENERAL ALSACE MOSELLE Refus télétransmission

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____ Mobile : _____

Courriel : _____

VOTRE DERNIER EMPLOYEUR

Raison sociale : _____

N° SIRET : _____ Ville : _____

MA QUALITÉ DE SOUSCRIPTEUR

Ancien(ne) salarié(e) Ayant droit salarié(e) décédé(e)

DATES :

De fin du contrat de travail : _____ de retraite : _____ de décès de l'ancien(ne) salarié(e) : _____

VOS BESOINS ET NOTRE CONSEIL

Vous êtes (ou vous étiez depuis moins de six mois) assuré par un contrat collectif frais de santé, soit en qualité de salarié par votre ancien employeur, soit en qualité d'ayant droit du salarié couvert au titre de son emploi. Le niveau de cette garantie frais de santé répond à ce jour à vos besoins de couverture frais de santé, tant pour vous-même que pour vos ayants droit le cas échéant, et vous souhaitez continuer à en bénéficier.

L'adhésion au contrat proposée ci-après vous permet de bénéficier de la même garantie que celle retenue lors de votre période d'activité ou de celle dont vous bénéficiaiez en tant qu'ayant droit.

Le montant de la cotisation mensuelle est déterminé en fonction du nombre de bénéficiaires ou de l'activité de l'ancien salarié en qualité d'ayant droit et de votre situation : assuré seul / conjoint / enfant.

Aussi précis que soient nos informations et notre conseil, il est très important que vous lisiez attentivement la notice d'information de votre contrat d'assurance qui vous est remise au moment de votre affiliation et qui constitue le document juridique contractuel exprimant les droits et obligations de l'assuré et de l'assureur. Votre besoin pouvant évoluer dans le temps, nous vous invitons, à vérifier la bonne adaptation de votre contrat à vos besoins.

LA DEMANDE D'ADHESION

Après avoir pris connaissance de la situation exposée ci-dessus, je reconnais être informé(e) de l'intérêt de souscrire au contrat sélectionné et des garanties associées à ce contrat, pour lesquels un exemplaire de la notice d'information m'a été remis. Cette offre répond bien à mes attentes et je souhaite par conséquent y souscrire en conservant le niveau de couverture préalablement souscrit.

Conformément à l'article 4 de la loi 89-1009 du 31/12/1989 et à ses décrets d'application, j'ai bien pris note que la cotisation me concernant correspond à celle en vigueur pour les salariés actifs au jour de la rupture du contrat de travail, (parts salariale et employeur cumulées) et ce la première année d'adhésion.

TARIFS

% PMSS	BASE		BASE + OPTION 1		BASE + OPTION 2	
	Régime Général	Régime Local	Régime Général	Régime Local	Régime Général	Régime Local
Adulte 1 ^{ère} année	0,99 %	0,50 %	1,72 %	1,23 %	2,07 %	1,58 %
Adulte 2 ^{ème} année	1,23 %	0,62 %	2,15 %	1,53 %	2,58 %	1,97 %
Adulte 3 ^{ème} année	1,44 %	0,73 %	2,58 %	1,84 %	3,10 %	2,37 %
Enfant ⁽¹⁾	0,53 %	0,27 %	0,90 %	0,64 %	1,08 %	0,82 %

⁽¹⁾ Gratuité à compter du 3^{ème} enfant

Pour les années suivantes : elle évoluera chaque année conformément auxdits décrets d'application et aux décisions prises par l'assureur, pour l'ensemble des contrats frais de santé de même nature sans pouvoir être : supérieure à 125 % de la cotisation applicable aux salariés actifs la 2^{ème} année d'adhésion, supérieure à 150 % de la cotisation applicable aux salariés actifs la 3^{ème} année d'adhésion, inférieure à 150% de la cotisation des salariés actifs à compter de la 4^{ème} année d'adhésion.

MES BÉNÉFICIAIRES

Nom de vos ayants droit	Prénom	Lien de parenté	N° de Sécurité sociale	Date de naissance
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

PIÈCES À JOINDRE

- Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB), postal ou de Caisse d'Epargne (RICE) pour le versement de vos prestations.
- Un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé pour le règlement des cotisations par prélèvement sur votre compte bancaire.
- Les photocopies de vos attestations Sécurité sociale pour chaque assuré.
- Les certificats de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans.

DATE D'EFFET SOUHAITE DE MON CONTRAT = 01/____ /20 ____

En cas d'adhésion à distance, je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus de réflexion suivant la date d'effet pour exercer mon droit de renonciation.

À cette fin et pour obtenir le remboursement intégral de la cotisation versée, il me suffit d'adresser dans ce délai à la mutuelle - une lettre (recommandée avec avis de réception) avec la mention : « Je soussigné(e), ayant le n° Sécurité sociale, déclare renoncer à la souscription du contrat individuel frais de santé n° ayant pris effet le et demande le remboursement de la cotisation déjà versée ».

Le remboursement sera effectué dans les 30 jours suivant réception de ce courrier. Toutefois, si des prestations m'ont été accordées, elles devront être préalablement et intégralement restituées. En tout état de cause, je serai indemnisé selon le niveau de garantie choisi et dans la limite du reste à charge.

- Je reconnais avoir reçu en même temps que la proposition un exemplaire de la notice d'information et de la grille de prestations et des tarifs en vigueur à la date de ma demande d'adhésion.
- J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations mentionnées à la présente demande d'adhésion.

Fait à : _____

Le : _____

Signature :

Four horizontal lines for returning documents, enclosed in a dotted rectangular box.

Dans le cadre de votre adhésion, vous confiez à Eovi-Mcd Mutuelle des données personnelles vous concernant ou concernant vos ayants droit (en particulier des données de santé). Aussi, conformément à la réglementation en vigueur (Règlement général sur la protection des données, dit « RGPD », du 27 avril 2016 et Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée en dernier lieu par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), nous avons adopté une politique de protection de ces données. Cette politique est formalisée dans notre Charte de protection des données à caractère personnel, disponible sur notre site internet : www.eovi-mcd.fr ainsi qu'en agence, sur simple demande.

Cette charte vous permettra ainsi de prendre connaissance :

- des catégories de données personnelles que nous sommes susceptibles de collecter, en particulier des données de santé qui font l'objet d'une vigilance particulière en termes de sécurité ;
- de l'utilisation qui peut être faite de ces données (finalités de traitement) ;
- des raisons qui peuvent nous conduire à partager vos données avec des tiers (déléguaires de gestion, partenaires, intermédiaires, etc.) ;
- du cadre dans lequel vos données peuvent nécessiter un transfert hors de l'Union Européenne ;
- des durées de conservation applicables à vos données personnelles (en fonction de leur nature et de la finalité de leur traitement) ;
- des droits dont vous disposez sur vos données conformément à la réglementation applicable et des moyens pour vous en prévaloir y compris en cas de réclamation ;
- des mesures que nous prenons pour assurer une sécurité optimale de vos données et des procédures que nous mettons en œuvre en cas d'incident affectant ces données.

Vous disposez du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr), et vous pouvez à tout moment refuser le démarchage par voie électronique.

Pour toute information ou exercice de vos droits sur les traitements de données personnelles effectués par Eovi-Mcd Mutuelle, vous pouvez contacter notre Délégué à la Protection des Données (DPO) en accompagnant votre demande d'une copie d'un titre d'identité comportant votre signature (carte d'identité, passeport) :

- soit en envoyant un mail à : eovi-mcd.dpo@eovi-mcd.fr
- soit par courrier à l'adresse suivante : Eovi-Mcd Mutuelle – Groupe AÉSIO, Délégué à la Protection des Données, 25 place de la Madeleine 75008 PARIS.

«Les conseillers distribuant les produits et services perçoivent une rémunération fixe qui peut être complétée d'une rémunération variable liée à l'atteinte d'objectifs individualisés.»

Informations relatives aux procédures de réclamation et au recours à un processus de médiation disponibles auprès de votre agence ou sur notre site internet : www.eovi-mcd.fr (formulaire de contact à remplir depuis l'espace Adhérent) ou par téléphone : 09 69 32 22 56.

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.»



Eovi Mcd Mutuelle – Groupe AÉSIO

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité – Immatriculée sous le n° 317 442 176 – Siège social : 173 rue de Bercy – CS 31802 – 75584 PARIS Cedex 12.

Organismes coassureurs des garanties :

MUTEX, siège social : 140 Avenue de la République - 92327 CHATILLON Cedex - RCS Nanterre n° 529 219 040 - Adréa Mutuelle, siège social : 25 place de la Madeleine - 75008 PARIS - Siren 311 799 878 - Apréva, siège social : 30 avenue Denis Cordonnier 59000 LILLE - Siren 775 627 391 - Eovi-MCD Mutuelle, siège social : 173 rue de Bercy - CS 31802 - 75584 PARIS Cedex 12 - Siren 317 442 176 - HARMONIE MUTUELLE, siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris - Siren 538 518 473 - Mutuelle OCIANE MATMUT, siège social : 35 rue Claude Bonnier 33054 Bordeaux Cedex - Siren : 434 243 085 (les mutuelles susmentionnées sont soumises aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité) - Malakoff Médéric Prévoyance - Siren 775 691 181 - 21 rue Laffitte 75009 Paris (Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale).