BULLETIN D'ADHÉSION GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

MODULA

DATE D'EFFET

○ Nouvelle adhésion ○ Modification de la couverture ○ Ajout de bénéficiaire

COUVERTURE DEMANDÉE

MUTUELLE MODULA .....

CADRE RÉSERVÉ A LA MUTUELLE	
Numéro adhérent	
Reçu le	
Saisi le	

COTISATION GLOBALE TTC / Mois (€): .....

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT*(e)*

Civilité : ..... **Nom :** ..... **Prénom :** .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... **Ville :** .....

Téléphone : ..... **Portable* :** ..... **Email* :** .....

***Recevoir des informations (décomptes, devis...) sur le portable OUI ○ NON ○** par email OUI ○ NON ○

Votre situation familiale : ..... **Votre régime obligatoire :** ..... **Enfant(s) à charge** .....

Situation professionnelle : ..... **N° Sécurité Sociale :** .....

BÉNÉFICIAIRES

	Nom	Prénom	Date Naissance JJ/MM/AA	Sexe F/M	N° Sécurité Sociale	Télétransmission Flux Noémie
Adhérent(e) bénéficiaire 1						○ OUI ○ NON
Conjoint(e) / pacsé(e)/ concubin(e) **bénéficiaire 2**						○ OUI ○ NON
Bénéficiaire 3					○ Rattaché bénéf 1 ○ Rattaché bénéf 2 Autre :	○ OUI ○ NON
Bénéficiaire 4					○ Rattaché bénéf 1 ○ Rattaché bénéf 2 Autre :	○ OUI ○ NON
Bénéficiaire 5					○ Rattaché bénéf 1 ○ Rattaché bénéf 2 Autre :	○ OUI ○ NON
Bénéficiaire 6					○ Rattaché bénéf 1 ○ Rattaché bénéf 2 Autre :	○ OUI ○ NON

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR *(L'absence d'un justificatif peut entrainer la nullité de l'adhésion)*

1 - Photocopie de l'attestation de sécurité sociale en cours de validité (pas de copie de la carte vitale) Si vous n'êtes pas en possession de votre attestation, vous pouvez l'imprimer depuis Ameli.fr ou une borne Sécurité Sociale.	
2 - Photocopie de la carte étudiante/apprenti ou certificat de scolarité (pour enfants à charge)	**3 - Certificat de Radiation de votre ancienne Mutuelle**
4 - L'original du mandat SEPA (daté et signé)	**6 - Un Relevé d'Identité Bancaire** (RIB)

CONDITIONS GENERALES

- Adhésion annuelle individuelle facultative, à tacite reconduction
- La résiliation pourra être notifiée passé un délai d'un an après la souscription du contrat. La date d'effet de la demande, par le souscripteur ou le nouvel organisme assureur, interviendra le lendemain de la notification (cachet de la poste faisant foi) ou à la date d'échéance demandée.
- Toute modification de garantie entraîne automatiquement un réengagement d'un an minimum

◯ Je reconnais avoir pris connaissance des statuts et du règlement mutualiste de la MPOSS disponibles sur le site www.mposs.fr.

DATE

FAIT A

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

(Faire précéder la signature de la mention " LU et APPROUVE")

Comment avez-vous connu notre Mutuelle ?

Si «autre», merci de bien vouloir préciser :

Les informations recueillies sont destinées à un usage interne et ne pourront être communiquées qu'aux tiers autorisés mentionnés sur les déclarations faites auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés. Ces informations pourront donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification, dans les conditions prévues au chapitre V de la loi du 06/01/78.

Comment sont utilisées vos cotisations santé ?

Exemple de cotisations encaissées faisant apparaître l'ensemble des taxes, frais de gestion, services ainsi que le rapport prestations/cotisations de notre mutuelle.

Prestations / Cotisations santé : 90.59%

L'arrêté du 6 mai 2020 précise que la communication du ratio P/C et des frais de gestion doit être effectuée de manière claire, lisible et intelligible ainsi qu'accompagnée des clauses suivantes :

- Pour le rapport prestations/cotisations :

« 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.

- Pour les frais de gestion :

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 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. »

DROIT DE RÉTRACTATION

Dans le cadre d'une adhésion souscrite à distance, à la suite d'un démarchage téléphonique ou hors établissement, l'adhérent dispose d'un délai de 14 jours à compter de la conclusion du contrat pour revenir sur sa décision et ce, conformément à l'art. L 121-21 du code de la consommation.

Suivant les dispositions de l'article L 121-21-2 du code de la consommation, l'adhérent informe le Centre de gestion de sa décision de rétractation en lui adressant, avant l'expiration du délai de 14 jours, le formulaire de rétractation mis à disposition conformément à l'art. L 121-17 du même code, ou toute autre déclaration, dénuée d'ambiguïté, exprimant sa volonté de se rétracter.

•La cotisation dont l'adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et son éventuelle rétractation.

•En cas de rétractation, l'adhérent est informé que :

-Si des prestations ont été versées, il s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 14 jours.

-Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie, dans un délai de 14 jours.

Vous trouverez ci-dessous les informations nécessaires à l'exercice de votre droit de rétractation (ANNEXE à l'article R. 121-2 du code de la consommation).

Vous avez le droit de vous rétracter du présent contrat sans donner de motif dans un délai de quatorze jours. Le délai de rétractation expire quatorze jours après le jour de la conclusion du contrat. Pour exercer le droit de rétractation, vous devez notifier au Centre de gestion votre décision de rétractation du présent contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté (par exemple, lettre envoyée par la poste, télécopie ou courrier électronique). Vous pouvez utiliser le modèle de formulaire de rétractation mais ce n'est pas obligatoire. Pour que le délai de rétractation soit respecté, il suffit que vous transmettiez votre communication relative à l'exercice du droit de rétractation avant l'expiration du délai de rétractation.

Effets de rétractation

En cas de rétractation de votre part du présent contrat, nous vous rembourserons tous les paiements reçus de vous, sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard quatorze jours à compter du jour où nous sommes informés de votre décision de rétractation du présent contrat. Nous procéderons au remboursement en utilisant le même moyen de paiement que celui que vous aurez utilisé pour la transaction initiale, sauf si vous convenez expressément d'un moyen différent ; en tout état de cause, ce remboursement n'occasionnera pas de frais pour vous.

FORMULAIRE DE RÉTRACTATION

(Annexe à l'article R 121-1 du code de la consommation) Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire, uniquement si vous souhaitez vous rétracter du contrat, par la poste, par fax ou par e-mail à : MPOSS – 174 Avenue des Minimes 31200 TOULOUSE.

Je vous notifie par la présente la rétractation de mon adhésion au contrat mentionné précédemment.

Numéro adhérent : ..... Numéro d'Assuré Social : .....

Signé le ..... à effet au .....

Nom de l'adhérent : .....

Adresse :

<u>Si des cotisations ont été perçues :</u>

- Je vous prie de me rembourser les cotisations.
- Je m'engage de mon côté à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

Date : ..... Signature de l'adhérent :

(Uniquement en cas de notification du présent formulaire sur papier)