

Nouvelle adhésion

Modification de la couverture

Ajout de bénéficiaire

COUVERTURE DEMANDÉE

MUTUELLE

SURCOMPLÉMENTAIRE

CADRE RÉSERVÉ A LA MUTUELLE

Numéro adhérent	
Reçu le	
Saisi le	

COTISATION GLOBALE TTC / Mois (€):

(année civile d'adhésion)

(année suivante si cotisation déjà connue)

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 entraîner 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

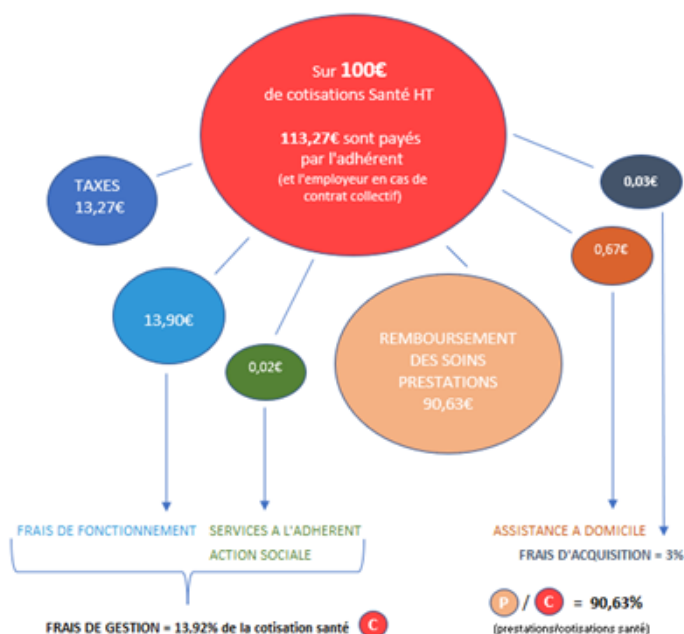
(Faire précéder la signature de la mention " LU et APPROUVE")

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.

Pour répondre à nos obligations réglementaires, nous vous communiquons un exemple de cotisations faisant apparaître les frais de gestion, ainsi que le rapport P/C de votre mutuelle, sur les résultats clos au 31/12/2023 :



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. »

Référence Unique de Mandat (RUM) (partie réservée à la mutuelle) :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Mutuelle MPOSS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions De la Mutuelle MPOSS. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

IDENTITÉ DE L'ADHÉRENT

Nom : *

Prénom : *

Date de naissance : *

TITULAIRE DU COMPTE

Nom : *

Prénom : *

Adresse : *

Code Postal : *

Ville : *

Pays : *

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IBAN (international Bank Account Number) : *

BIC / SWIFT (Business Identifier Code) : *

☒ prélèvements récurrents

Veuillez compléter tous les champs (*) du mandat

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

MPOSS
174 avenue des Minimes
31200 TOULOUSE

Prélèvement le 15 :

Mensuel

Trimestriel

Annuel

Date *

Signature (*)

Fait à *

Votre référence unique de mandat (RUM) vous sera communiquée sur votre appel de cotisation.

Ce document doit être accompagné d'un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de Caisse d'Épargne.

Les informations contenues dans le présent mandat ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice des droits individuels d'accès et de rectification auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, en application des dispositions de la loi du 6 janvier 1978, dite «informatique et libertés ».

DEVOIR DE CONSEIL

Des ratures ou ajouts peuvent entraîner la nullité de ce devoir de conseil.

Proposition

Avenant

Les informations demandées sont nécessaires afin de déterminer vos besoins en matière de complémentaire santé. Si vous ne transmettez pas ces informations, vous ne pourrez bénéficier d'un conseil adapté à votre situation. Par ailleurs, vous prenez le risque d'adhérer à un contrat non ajusté à vos besoins.

IDENTIFICATION DE VOS BESOINS DE COUVERTURE SANTÉ

Nom :

Prénom :

Date d'effet souhaitée :

Les besoins de couverture santé pour le souscripteur et ses éventuels ayants-droit, par poste de dépense :

HOSPITALISATION

DENTAIRE

**MÉDECINE
COURANTE**

OPTIQUE

AIDES AUDITIVES

**MÉDECINE DOUCE,
PÉDICURIE**

Quel est le niveau global de garanties souhaité ?

Economique : une prise en charge de premier niveau pour un budget minimum (dispositif 100% santé et ticket modérateur)

Equilibre : une prise en charge modérée qui prend en compte le dispositif 100% santé, des dépassements d'honoraires (soins courants et hospitalisation) notamment

Confort : une prise en charge complète : 100% santé, des dépassements d'honoraires plus importants (soins courants et hospitalisation), optique et dentaire renforcés

Haut de gamme : une prise en charge élevée sur l'ensemble des postes de dépenses

VOTRE BUDGET (mensuel estimé pour couvrir les personnes à assurer) :

Moins de 50€

Entre 50 et 100€

Entre 100 et 150€

Plus de 150€

Souhaitez-vous souscrire un contrat de surcomplémentaire santé, en complément du contrat santé ? Oui Non

Votre adhésion à un contrat santé vous permet de bénéficier d'avantages sur les contrats Prévoyance et Assurances Désirez-vous un devis assurances ? Oui Non

Désirez-vous un Bilan Prévoyance ? Oui Non

CONSEIL MPOSS :

Le conseiller MPOSS déclare proposer la garantie :

elle correspond parfaitement aux besoins exprimés et respecte le budget souhaité.

il s'agit de la garantie MPOSS se rapprochant le plus des exigences exprimées en respectant le budget souhaité.

La cotisation, déterminée en fonction de l'âge de chaque bénéficiaire à la date d'émission du devoir de conseil, serait de Elle n'est pas contractuelle et n'a qu'une valeur indicative.

A noter que le système de rémunération variable ne favorise pas la souscription d'un produit au détriment de l'intérêt de l'adhérent.

Il est rappelé par la Mutuelle, que le devoir de conseil ne justifie pas la non prise de connaissance des documents contractuels de votre contrat remis par MPOSS.

L'adhérent - prospect :

« Je déclare avoir bénéficié avant la souscription du contrat, d'un entretien avec le conseiller MPOSS au cours duquel j'ai pu préciser ma situation familiale et personnelle et mes souhaits de couverture. Les explications de cet entretien m'ont aussi permis de mieux comprendre ce que sont le dépassement d'honoraires, le ticket modérateur, les exclusions, les plafonds de garanties et le 100% santé. Je reconnais avoir pris connaissance des informations précitées et je consens à la collecte et au traitement des données personnelles tels que défini dans le cadre de ce bulletin ».

Date et Signature de l'adhérent potentiel ou de son représentant légal :

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 :

Si des cotisations ont été perçues :

- 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)

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.