

## BULLETIN D'ADHÉSION INDIVIDUEL SANTÉ

Fiche conseil à compléter et à signer par La Mutuelle Familiale et l'Adhérent.

### Cadre réservé à La Mutuelle Familiale

Date de l'entretien :

Nom du conseiller mutualiste :

### Vos besoins et notre conseil

#### Soins santé souhaités

**SOINS COURANTS/PHARMACIE\*** : Consultez-vous régulièrement des médecins qui pratiquent les dépassements d'honoraires ?  
Consultez-vous des médecins spécialistes ?

Minimum  Médium  Maximum *(une seule case à cocher)*

**HOSPITALISATION\*** : Une hospitalisation est-elle prévue prochainement ? Souhaitez-vous une prise en charge d'une chambre individuelle ?

Minimum  Médium  Maximum *(une seule case à cocher)*

**OPTIQUE\*** : Quand avez-vous changé la dernière fois votre équipement ? Quel type de verre portez-vous ? Combien cet équipement vous a-t-il coûté ?

Minimum  Médium  Maximum *(une seule case à cocher)*

**DENTAIRE\*** : Avez-vous des travaux prévus ? De quel type ? Avez-vous déjà une idée du coût de ces travaux ? Doit-on prévoir de l'orthodontie pour les enfants ?

Minimum  Médium  Maximum *(une seule case à cocher)*

*\*Ces indicateurs ne sont pas limitatifs et sont renseignés à titre indicatif selon votre situation, vos besoins et exigences.*

#### Notre Conseil

Afin de répondre à vos besoins en matière de garantie frais de santé, La Mutuelle Familiale vous propose l'adhésion au contrat

Commentaires :

#### Votre choix

Je reconnais avoir pris note du conseil qui m'est donné par mon Conseiller mutualiste en fonction des éléments que j'ai bien voulu communiquer et accepte la ou les recommandations ci-dessus.

Je reconnais avoir pris note du conseil délivré par mon Conseiller mutualiste mais je ne souhaite pas adhérer à la garantie recommandée.

Je ne communique pas les informations mentionnées au présent questionnaire à mon Conseiller mutualiste. Je reconnais avoir été informé des conséquences de ce choix : je ne bénéficierai pas d'un conseil personnalisé.

### Règlement général sur la protection des données

La collecte et le traitement de vos données est nécessaire à la passation à la gestion et à l'exécution de votre contrat. Les réponses renseignées présentent un caractère obligatoire.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou leur limitation. Vous disposez également d'un droit d'opposition au traitement de vos données et un droit à leur portabilité. Pour cela, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données à l'adresse suivante: 52 Rue d'Hauteville 75010 Paris ou [donneespersonnelles@mutuelle-familiale.fr](mailto:donneespersonnelles@mutuelle-familiale.fr).

Si vous n'êtes pas satisfait des échanges, vous gardez la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés : CNIL - 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.

Avec votre accord exprimé dans la case ci-contre , vos données pourront également être utilisées pour vous proposer des offres. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment.

# Bulletin d'adhésion individuel santé

## Garantie retenue en santé

Date d'adhésion demandée :

La date d'adhésion ne peut être antérieure à la date de réception de ce bulletin par La Mutuelle Familiale.

## Adhérent principal

Civilité :

 Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de Sécurité sociale :

Clé

Régime obligatoire d'Assurance Maladie :

 Général Local Autre

Adresse :

Complément :

Code postal :

Ville :

Tél fixe :

Tél portable :

Email :

Vous êtes :  Célibataire  Marié(e)  Concubin(e)  Pacsé(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

## Bénéficiaires (adhérent ayant droit)

Nom Prénom Conjoint	Date de naissance	Sexe F/M	Régime obligatoire d'Assurance Maladie	N° de Sécurité sociale	N°GRA
	<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Nom Prénom Enfant	Date de naissance	Sexe F/M	Régime obligatoire d'Assurance Maladie	N° de Sécurité sociale	N°GRA
	<input type="text"/>			<input type="text"/>	
	<input type="text"/>			<input type="text"/>	
	<input type="text"/>			<input type="text"/>	

## Règlement de la cotisation

Montant de la cotisation mensuelle SANTÉ :

€ TTC

Le montant des cotisations s'effectue par prélèvement sur votre compte bancaire.

## Déclaration adhérent

- Je déclare avoir répondu avec exactitude aux déclarations faites ci-dessus.  
 Je reconnais avoir reçu le document d'information correspondant à la garantie que j'ai souscrite.

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante : La Mutuelle Familiale - 52 rue d'Hauteville - 75010 PARIS

## Signature de l'Adhérent

Fait à

le

Signature obligatoire, précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Cadre réservé à La Mutuelle Familiale

N° d'Adhérent :

N°GRA :

Origine Adhésion : Internet

Agence

Conseiller

## BULLETIN D'ADHÉSION INDIVIDUEL SANTÉ

Fiche conseil à compléter et à signer par La Mutuelle Familiale et l'Adhérent.

### Cadre réservé à La Mutuelle Familiale

Date de l'entretien :

Nom du conseiller mutualiste :

### Vos besoins et notre conseil

#### Soins santé souhaités

**SOINS COURANTS/PHARMACIE\*** : Consultez-vous régulièrement des médecins qui pratiquent les dépassements d'honoraires ?  
Consultez-vous des médecins spécialistes ?

Minimum  Médium  Maximum *(une seule case à cocher)*

**HOSPITALISATION\*** : Une hospitalisation est-elle prévue prochainement ? Souhaitez-vous une prise en charge d'une chambre individuelle ?

Minimum  Médium  Maximum *(une seule case à cocher)*

**OPTIQUE\*** : Quand avez-vous changé la dernière fois votre équipement ? Quel type de verre portez-vous ? Combien cet équipement vous a-t-il coûté ?

Minimum  Médium  Maximum *(une seule case à cocher)*

**DENTAIRE\*** : Avez-vous des travaux prévus ? De quel type ? Avez-vous déjà une idée du coût de ces travaux ? Doit-on prévoir de l'orthodontie pour les enfants ?

Minimum  Médium  Maximum *(une seule case à cocher)*

*\*Ces indicateurs ne sont pas limitatifs et sont renseignés à titre indicatif selon votre situation, vos besoins et exigences.*

#### Notre Conseil

Afin de répondre à vos besoins en matière de garantie frais de santé, La Mutuelle Familiale vous propose l'adhésion au contrat

Commentaires :

#### Votre choix

Je reconnais avoir pris note du conseil qui m'est donné par mon Conseiller mutualiste en fonction des éléments que j'ai bien voulu communiquer et accepte la ou les recommandations ci-dessus.

Je reconnais avoir pris note du conseil délivré par mon Conseiller mutualiste mais je ne souhaite pas adhérer à la garantie recommandée.

Je ne communique pas les informations mentionnées au présent questionnaire à mon Conseiller mutualiste. Je reconnais avoir été informé des conséquences de ce choix : je ne bénéficierai pas d'un conseil personnalisé.

### Règlement général sur la protection des données

La collecte et le traitement de vos données est nécessaire à la passation à la gestion et à l'exécution de votre contrat. Les réponses renseignées présentent un caractère obligatoire.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou leur limitation. Vous disposez également d'un droit d'opposition au traitement de vos données et un droit à leur portabilité. Pour cela, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données à l'adresse suivante: 52 Rue d'Hauteville 75010 Paris ou [donneespersonnelles@mutuelle-familiale.fr](mailto:donneespersonnelles@mutuelle-familiale.fr).

Si vous n'êtes pas satisfait des échanges, vous gardez la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés : CNIL - 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.

Avec votre accord exprimé dans la case ci-contre , vos données pourront également être utilisées pour vous proposer des offres. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment.

# Bulletin d'adhésion individuel santé

## Garantie retenue en santé

Date d'adhésion demandée :  La date d'adhésion ne peut être antérieure à la date de réception de ce bulletin par La Mutuelle Familiale.

## Adhérent principal

Civilité :  Madame  Monsieur Nom :  Prénom :

Date de naissance :

N° de Sécurité sociale :  Clé  Régime obligatoire d'Assurance Maladie :  Général  Local  Autre

Adresse :

Complément :

Code postal :  Ville :

Tél fixe :  Tél portable :  Email :

Vous êtes :  Célibataire  Marié(e)  Concubin(e)  Pacsé(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

## Bénéficiaires (adhérent ayant droit)

Nom Prénom Conjoint	Date de naissance	Sexe F/M	Régime obligatoire d'Assurance Maladie	N° de Sécurité sociale	N°GRA
	<input type="text"/>			<input type="text"/> Clé <input type="text"/>	
Nom Prénom Enfant	Date de naissance	Sexe F/M	Régime obligatoire d'Assurance Maladie	N° de Sécurité sociale	N°GRA
	<input type="text"/>			<input type="text"/> Clé <input type="text"/>	
	<input type="text"/>			<input type="text"/> Clé <input type="text"/>	
	<input type="text"/>			<input type="text"/> Clé <input type="text"/>	

## Règlement de la cotisation

Montant de la cotisation mensuelle SANTÉ :  € TTC

Le montant des cotisations s'effectue par prélèvement sur votre compte bancaire.

## Déclaration adhérent

- Je déclare avoir répondu avec exactitude aux déclarations faites ci-dessus.  
 Je reconnais avoir reçu le document d'information correspondant à la garantie que j'ai souscrite.

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante : La Mutuelle Familiale - 52 rue d'Hauteville - 75010 PARIS

## Signature de l'Adhérent

Fait à  le

Signature obligatoire, précédée de la mention « Lu et approuvé » :

## Cadre réservé à La Mutuelle Familiale

N° d'Adhérent :  N°GRA :

Origine Adhésion : Internet Agence  Conseiller



# Les pièces à fournir pour finaliser votre adhésion

## ➔ Justificatif d'identité



Justificatif d'identité avec photo en cours de validité (CNI, passeport, permis de conduire...) du souscripteur du contrat ainsi que de la personne réglant les cotisations si celle-ci est différente du souscripteur.

## ➔ La photocopie de l'attestation de droits de Sécurité sociale (de moins de 3 mois) de tous vos bénéficiaires



Photocopie de l'attestation de droit à l'assurance Maladie et celle des bénéficiaires immatriculés de leur propre chef.

## ➔ Mandat SEPA



Mandat de prélèvement SEPA dument complété



Ne pas envoyer la photocopie de la carte Vitale

## ➔ RIB



RIB permettant le prélèvement automatique des cotisations et le versement de vos prestations

## Règlement Général sur la Protection des Données

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 s'appliquent aux réponses faites au présent formulaire.

### Finalités du traitement

La collecte et le traitement de vos données personnelles via le présent bulletin d'adhésion a pour but d'assurer la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance. Les réponses renseignées présentent un caractère obligatoire. A défaut, la Mutuelle ne sera pas en mesure d'assurer l'enregistrement et la gestion de votre adhésion.

Vous trouverez vos décomptes de prestations via votre Espace sécurisé Adhérent sur [www.mutuelle-familiale.fr](http://www.mutuelle-familiale.fr).

Elles pourront également être utilisées pour vous proposer des offres de La Mutuelle Familiale et de ses partenaires avec votre consentement exprès.

Vous pouvez exercer le retrait de votre consentement à tout moment.

### Bases légales du traitement

La collecte et le traitement de vos données est nécessaire à l'exécution de votre contrat et au respect de ses obligations légales par la Mutuelle en matière de lutte contre le blanchiment et fraude.

### Données et catégories de personnes concernées

Les données collectées concernent ainsi celles des adhérents de la Mutuelle et leurs ayant-droits.

Elles portent sur leur état civil, leur NIR, leur RIB ou tout autre document nécessaire à la gestion et l'exécution du contrat, notamment :

- Les données relatives à l'identification des parties (état civil, pièces d'identité, coordonnées etc.) ;
- Les données relatives à la situation familiale des parties ou intéressés au contrat et nécessaires à son application ;
- Les données nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des prestations liées au contrat (autorisation de prélèvement, décomptes de l'Assurance maladie, etc...).

### Destinataires

Ces données sont destinées aux services de la Mutuelle et peuvent être transmises à ses partenaires prenant part à l'exécution de vos garanties.

### Durée de conservation

Ces données sont conservées le temps nécessaire à l'exécution de votre contrat d'assurance et conformément aux délais de prescription en vigueur.

### Droits des personnes concernées

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou leur limitation. Vous disposez également d'un droit d'opposition au traitement de vos données et droit à leur portabilité (cf. CNIL pour plus d'informations sur vos droits).

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous devez fournir vos nom, prénom, n° adhérent ainsi qu'une copie d'une pièce d'identité et contacter notre délégué à la protection des données (DPO).

- Contacter notre DPO par voie électronique : [donneespersonnelles@mutuelle-familiale.fr](mailto:donneespersonnelles@mutuelle-familiale.fr)
  - Contacter notre DPO par courrier postal : Mutuelle Familiale - Délégué à la Protection des données 52 Rue d'Hauteville 75010 Paris
- Si vous n'êtes pas satisfait de nos échanges, vous avez la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : CNIL - 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.