

A retourner à
Centre de gestion Mutuelle Mieux-Etre
TSA 60147
31602 MURET cedex
Tel : 01 40 87 20 28

Informations concernant l'entreprise souscriptrice

Raison sociale : LOIRE PROFESSION SPORT

N° de Siret : 38868827700044

Adresse : 3 RUE DES 4 MEULES

Code postal : 42000 Ville : ST ETIENNE

Collège assuré : Ensemble du personnel

Structure de cotisation : Isolé/Duo/Famille

N° du contrat : _____ (à remplir par l'entreprise)

Forme juridique : Autres

Régime social de l'entreprise : Général

Date d'effet du contrat : 01/01/2020

Affiliation au socle obligatoire (à compléter par le salarié)

Votre part de cotisation socle obligatoire sera prélevée directement par l'entreprise sur votre bulletin de salaire.

Vous

Date d'entrée dans l'entreprise : ____/____/____

Date d'affiliation au contrat : ____/____/____

☐ Mme. ☐ M. Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : ____/____/____ N° Sécurité sociale : ____/____/____/____/____/____ ☐ Régime général ☐ Régime Alsace-Moselle

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : ____/____/____ E-mail : _____@_____

Votre conjoint (y compris partenaire de PACS ou concubin au sens de la notice d'information*)

☐ Mme. ☐ M. Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : ____/____/____ N° Sécurité sociale : ____/____/____/____/____/____ ☐ Régime général (ou autre) ☐ Régime Alsace-Moselle

Enfants (au sens de la notice d'information*)

Nom	Prénom	Né(e) le	N° Sécurité sociale
_____	_____	____/____/____	____/____/____/____/____/____
_____	_____	____/____/____	____/____/____/____/____/____
_____	_____	____/____/____	____/____/____/____/____/____

(Si vous avez plus de 3 enfants, veuillez indiquer ces informations sur feuille libre)

Autre(s) personne(s) à charge (au sens de la notice d'information*)

☐ Mme. ☐ M. Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : ____/____/____ N° Sécurité sociale : ____/____/____/____/____/____ ☐ Régime général ☐ Régime Alsace-Moselle

*Ces documents sont disponibles sur www.mieux-etre.fr

Demande d'adhésion à la garantie surcomplémentaire facultative (à compléter par le salarié)

Esprit **Santé** surcomplémentaire est une garantie individuelle facultative qui peut être souscrite **en complément** de votre affiliation à la garantie socle obligatoire **Essentiel 200 / ANI**. Les personnes couvertes par la garantie surcomplémentaire sont obligatoirement les mêmes que celles couvertes au titre de la garantie socle obligatoire.

☐ Je demande à adhérer à la garantie Esprit **Santé** Surcomplémentaire individuelle

Je demande à adhérer à la garantie surcomplémentaire individuelle (cochez la formule choisie)

☐ Confort 300

☐ Confort 400

☐ Confort 400 Non Responsable

Pour connaître le montant de votre cotisation surcomplémentaire, veuillez-vous reporter à la page des tarifs de la garantie surcomplémentaire (fournie par votre employeur). La cotisation afférente à cette garantie facultative est entièrement à votre charge.

Cotisation à votre charge au titre de la garantie surcomplémentaire

Reporter ici le montant du tarif adulte (voir page Tarif remise par votre employeur) _____ € / mois

Reporter ici le montant du tarif enfant* (voir page Tarif remise par votre employeur) _____ € / mois

*selon votre situation familiale.

Informations légales et signatures (à compléter par l'employeur et le salarié)

Informations propres à la garantie surcomplémentaire facultative

Mon adhésion à la garantie surcomplémentaire est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction tous les ans, sauf dénonciation de ma part, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception, au moins deux mois (2) avant le 31 décembre de chaque année.

J'accepte l'échange d'informations me concernant, ainsi que mes ayants-droit, afin de bénéficier des procédures informatiques entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et la mutuelle. **Mon adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la signature du bulletin d'affiliation pour une période expirant le 31 décembre de la même année.**

Je m'engage à verser à Mutuelle Mieux-Être ma cotisation supplémentaire au titre de la garantie surcomplémentaire, avant le 10 du mois par prélèvement automatique mensuel. Je m'engage à adresser à Mutuelle Mieux-Être un RIB, ainsi que le mandat de prélèvement SEPA dûment complété, joint au présent bulletin.

Informations communes à la garantie socle obligatoire et à la garantie surcomplémentaire facultative

J'atteste de l'exactitude des informations renseignées dans le présent bulletin et je m'engage à informer Mutuelle Mieux-Être de toute modification.

Je reconnais avoir pris connaissance des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L.221-14 (nullité de la garantie) et L.221-15 (réduction de la prestation) du Code de la mutualité.

En signant le présent bulletin :

- ✓ je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information relative au règlement Opérations collectives, du document d'information sur le produit d'assurance, de la grille de garantie Esprit Santé surcomplémentaire et du règlement associé, le cas échéant, ainsi que des statuts de la mutuelle,
- ✓ je déclare avoir choisi les garanties surcomplémentaires souscrites après avoir été conseillé(e) sur les formules disponibles.

Les données personnelles que j'ai renseignées constituent des informations à caractère personnel et, à ce titre, leur collecte, leur traitement et leur sécurité sont réglementés par les dispositions de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004 et le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016.

Les données à caractère personnel recueillies sont destinées à Mutuelle Mieux-Etre en tant que responsable du traitement et font l'objet d'un traitement au sein de l'Union Européenne. Elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des garanties souscrites ainsi qu'à l'accomplissement par Mutuelle Mieux-Etre de son devoir de conseil. Elles pourront être, le cas échéant, communiquées au(x) délégataire(s) de gestion, à l'assisteur, à l'assureur de Protection Juridique, à nos partenaires de Réseaux de professionnels de santé, à la société de groupe assurantiel de protection sociale BTP (SGAPS BTP) dont est membre la Mutuelle.

☐ J'autorise **Mutuelle Mieux-Etre** et **Mieux-Etre Courtage** à me proposer des offres d'assurances complémentaires dans les conditions de notre charte, en libre accès sur notre site internet (rubrique mentions légales)

☐ J'autorise **Mutuelle Mieux-Etre** et **Mieux-Etre Courtage** à communiquer mes données personnelles à des fins de prospection commerciale à leurs partenaires dans les conditions de notre charte, en libre accès sur notre site internet (rubrique mentions légales).

Conformément à la réglementation applicable précitée, je peux à tout moment retirer mon consentement et donc m'opposer à toute prospection et exploitation commerciales de mes données à caractère personnel en sollicitant Monsieur ou Madame le/la délégué(e) à la protection des données à l'adresse suivante : Mutuelle Mieux-Etre, 171 avenue Ledru-Rollin 75544 Paris cedex 11 ou en envoyant un mail à l'adresse dpo@mieux-etire.fr.

Pour davantage d'informations sur les données personnelles, je peux me reporter aux notices d'information/règlement.

En signant le présent bulletin, je reconnais avoir été informé :

- ✓ que les contrats santé et prévoyance assurés par Mutuelle Mieux-Etre comprennent de nombreux services, notamment l'espace adhérent, l'espace entreprise, l'assistance et l'assistance protection juridique et/ou les actions de prévention, et que dans ce cadre, au cours de la relation contractuelle, la Mutuelle pourra être amenée à se rapprocher de l'adhérent, afin de lui adresser des e-mailing et des courriers non-commerciaux relatifs à ces services et leurs modalités d'utilisation.
- ✓ que les équipes commerciales de Mutuelle Mieux-Etre faisant de la vente en direct sont rémunérées par un salaire fixe et éventuellement une part variable calculée selon des critères qualitatifs et quantitatifs.

☐ Je déclare ne pas être une personne politiquement exposée*.

*Personne qui exerce, ou qui a exercé il y a moins d'un an, une haute fonction publique (politique, administrative ou judiciaire) en France ou à l'étranger (chef d'État, membre d'un gouvernement, d'une assemblée parlementaire, d'une cour ou d'une banque centrale, ambassadeur, haut militaire...), ainsi que ses proches (conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS ou par tout contrat équivalent ; les ascendants, descendants, alliés au premier degré et leurs conjoints, concubins, ou partenaires ; les bénéficiaires effectifs d'une personne morale ; les personnes connues comme entretenant des liens d'affaires étroits).

Pour le participant (le salarié)

Fait à _____ Le ____/____/____
Faire précéder la signature de la mention « Lu et approuvé »

Pour l'entreprise souscriptrice (l'employeur)

Fait à _____ Le ____/____/____
Signature du représentant légal et cachet

Copie du présent document à conserver par l'entreprise

Pièces justificatives à joindre

Pour enregistrer votre affiliation et recevoir votre carte donnant accès au tiers payant, vous devez nous faire parvenir par l'intermédiaire de votre employeur :

Dans tous les cas

- > Le **présent bulletin d'affiliation** dûment complété et signé (nous vous conseillons d'en garder une copie)
- > L'**attestation de droits à la Sécurité sociale** (original d'attestation fourni par votre CPAM)
- > Les **attestations de droits à la Sécurité sociale** des personnes rattachées à votre affiliation : conjoint, concubin, pacsé, enfants
- > Un **RIB** pour le remboursement de vos prestations et, le cas échéant, le **mandat SEPA** complété et signé pour le prélèvement des cotisations du conjoint ou de la garantie surcomplémentaire.

Selon les situations

CONJOINT et assimilés

Concubin	> Certificat de concubinage ou attestation sur l'honneur mentionnant une résidence principale commune
Partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS)	> Copie du PACS + justificatif de domicile commun (quittance de loyer...)

ENFANT(S) à la charge du participant ou de son conjoint

Si votre enfant est concerné par l'un des cas suivants :

Enfants en apprentissage de moins de 21 ans vivant sous le même toit	> Copie du contrat d'apprentissage
Enfants exerçant une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55% du SMIC, âgés de moins de 21 ans vivant sous le même toit	> Copie du contrat de travail
Enfants de 21 à 28 ans poursuivant des études et affiliés à un régime de Sécurité sociale français	> Carte d'étudiant ou certificat de scolarité en cours
Enfants handicapés quel que soit leur âge	> Notification d'attribution de la pension enfant handicapé

AUTRE(S) PERSONNE(S) à la charge du participant

Toute personne à la charge effective et permanente du participant et vivant sous le même toit	> Copie de l'avis d'imposition + toute facture attestant le domicile commun
---	---

RAPPEL : En cas de radiation de votre affiliation, vous devez nous faire parvenir par l'intermédiaire de votre employeur l'ensemble de vos cartes de tiers payant.

Si vous choisissez d'inscrire votre conjoint à titre individuel (possible si Structure « Isolé et enfants (conjoint facultatif) » choisie par votre employeur) **ou si vous souhaitez souscrire la garantie surcomplémentaire, merci de compléter le mandat SEPA ci-dessous**

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Titulaire du compte à débiter

[illegible]

Créancier

Centre de Gestion Mutuelle Mieux-Etre
TSA 60147
31602 Muret Cedex
Identifiant Créancier SEPA : FR17ZZZ495471

Identification du Mandat (réservé au Centre de gestion Mutuelle Mieux-Etre)

RUM (Référence Unique de Mandat)

En signant ce formulaire, vous autorisez le Centre de gestion Mutuelle Mieux-Etre à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Centre de gestion Mutuelle Mieux-Etre. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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, ou, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois, en cas de prélèvement non autorisé.

Fait à le 20..... Signature:

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.