

BULLETIN D'AFFILIATION SANTÉ ADHÉRENTS DE L'UCR FO RÉGIME ALSACE-MOSELLE

VALABLE À PARTIR DU 1^{er} JUILLET 2017

CADRE RÉSERVÉ À VIASANTÉ MUTUELLE

Code vendeur : _____

Code vendeur générique : 99SAFO

Reçu le : _____

Bulletin d'affiliation envoyé le : _____

Date d'effet souhaitée⁽¹⁾ : _____

(1) Sous réserve de la réception du bulletin d'adhésion par nos services au plus tard dans les 15 jours suivant la date d'effet souhaitée. Si le bulletin est reçu après le 15^e jour du mois de la date d'effet souhaitée, celle-ci sera reportée au 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion signé.

À renvoyer à :

Centre de gestion AG2R LA MONDIALE - Service Affiliations
485 avenue du Prado - 13412 Marseille Cedex 20
INFORMATION CONTRAT
CODE CATÉGORIE : 060
CONTRAT N° ODH2347

Fait à : _____

Le _____

Signature de l'assuré(e)

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ(E)

Cotisation choisie

Par adulte**

Catégorie Personnel	Catégories de personnes	Structure de cotisation	Tarif mensuel en % PMSS du 1 ^{er} juillet au 31 décembre 2017***	Tarif mensuel en euros du 1 ^{er} juillet au 31 décembre 2017***
070 (régime général)	Retraités adhérents à FO Alsace Moselle	Moins de 60 ans	1,631 %	53,32 €
	Retraités adhérents à FO Alsace Moselle	De 60 à 65 ans	1,889 %	61,75 €
	Retraités adhérents à FO Alsace Moselle	De 66 à 70 ans	2,405 %	78,62 €
	Retraités adhérents à FO Alsace Moselle	De 71 à 75 ans	2,850 %	93,17 €
	Retraités adhérents à FO Alsace Moselle	De 76 à 80 ans	3,191 %	104,30 €
	Retraités adhérents à FO Alsace Moselle	Plus de 80 ans	3,401 %	111,18 €

Par enfant :

Enfant à charge (gratuité à partir du 3^e enfant) : 0,645 % du PMSS* (21,09€ /mois à partir du 01/07/2017)

*PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

Les cotisations du contrat, qui sont exprimées en % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS), évoluent en fonction de l'augmentation du PMSS. Elles peuvent, de même, être indexées en fonction de la législation et des conditions contractuelles.

** L'âge est déterminé par différence entre l'année de demande d'adhésion et l'année de naissance.

*** Y compris les taxes en vigueur à la date d'effet indiquée.

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT À AFFILIER

Joindre une copie de votre attestation papier de carte Vitale et une copie de votre carte d'adhérent de l'UCR FO de l'année en cours.

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Nom de jeune fille (pour les femmes mariées) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Date de naissance : _____ Téléphone (facultatif) : _____

N° de Sécurité sociale : _____ (2) :

Si nécessaire, merci de compléter ci-dessous la liste de vos ayants droit. Joindre une copie de leur propre attestation papier de carte Vitale (sauf s'ils sont inscrits sur votre attestation de carte Vitale).

Nom - Prénom(s)	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	(2)
Conjoint, concubin ou partenaire de PACS	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Enfant 1	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Enfant 2	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Enfant 3	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Enfant 4 ⁽³⁾	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Pour vos remboursements, afin de vous éviter de nous envoyer les décomptes de la Sécurité sociale, nous les traiterons par télétransmission.

(2) Si vous bénéficiez d'une complémentaire santé à titre personnel ou que vous souhaitez vous opposer à la télétransmission avec votre régime de base de Sécurité sociale, cochez cette case correspondante. En l'absence de télétransmission, vous devez nous envoyer les décomptes papier originaux de votre régime de base de Sécurité sociale pour obtenir vos remboursements.

(3) En cas d'enfants supplémentaires merci d'indiquer les éléments du tableau sur une feuille annexe.

Compte bancaire sur lequel je souhaite que mes prestations soient versées :

- Je joins un relevé d'identité bancaire (RIB).
- Je déclare sur l'honneur que la personne citée en cas de concubinage ou en cas de PACS a bien la qualité de concubin ou de partenaire lié par un PACS et que celles citées dans le tableau sont bien à ma charge, c'est-à-dire sont inscrites sur mon attestation de carte Vitale ou me sont rattachées fiscalement.
- Je reconnais avoir été informé(e) qu'un contrôle a posteriori de ces informations sera effectué par les services de gestion de VIASANTÉ Mutuelle.
Cette déclaration est soumise à l'article L221-14 du Code de la Sécurité sociale relatif à la réticence intentionnelle ou la fausse déclaration de l'assuré(e).
- Je m'engage par ailleurs à utiliser la carte de tiers payant dans les conditions définies au contrat, à la restituer sans délai si je venais à quitter le groupe assurable ou à résilier mon contrat et à rembourser VIASANTÉ Mutuelle de toute somme indûment avancée pour mon compte.
- En même temps que votre carte Vitale plastifiée, vous recevez une copie sur papier de son contenu, valant attestation.
En cas de :
 - perte de cette attestation, votre organisme de Sécurité sociale vous la délivrera sur simple demande,
 - changement de situation de famille, pour maintenir la télétransmission entre la Sécurité sociale et VIASANTÉ Mutuelle, adressez-nous la copie de votre nouvelle attestation de droits.

Fait à :

Le
Signature de l'assuré(e)

**ATTENTION
RECOMMANDATIONS
IMPORTANTES**

Pour avoir la garantie d'un remboursement rapide, n'oubliez pas toutes les pièces à joindre :

- une copie de l'attestation accompagnant votre carte Vitale ainsi que celle de chaque bénéficiaire (conjoint(e), concubin(e), partenaire de PACS, enfants à charge) assuré social à titre personnel,
- l'autorisation de prélèvement complétée et signée accompagnée du relevé d'identité bancaire pour le prélèvement de vos cotisations et le versement de vos prestations,
- le certificat de radiation de votre ancienne mutuelle, que vous pouvez obtenir sur demande directement auprès de celle-ci si vous étiez assuré par un autre organisme avant votre adhésion au présent contrat,
- une copie de votre carte d'adhérent de l'UCR FO de l'année en cours.

Votre adhésion à la complémentaire santé n'est possible que si le dossier est précisément complété et accompagné de toutes les pièces demandées.

S'il est incomplet votre dossier vous sera retourné pour vous demander les renseignements complémentaires.

Nous ne pourrions pas vous remettre la carte de tiers payant, ni effectuer des versements de prestations.

La collecte de vos données personnelles est effectuée par votre assureur dans le cadre d'un traitement relatif à la gestion des fichiers clients et prospects. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, ces informations pourront sauf opposition de votre part, être communiquées aux membres du groupe VIASANTÉ Mutuelle et à leurs partenaires aux fins de vous informer de leurs offres de produits ou de services. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui vous concernent, sur simple courrier adressé à Correspondant Informatique et Libertés VIASANTÉ - 1 avenue Carsalade du Pont - 66000 PERPIGNAN ou CIL@viasante.fr
Je m'oppose à ce que mes données soient utilisées à des fins de prospection notamment commerciale par :

- VIASANTÉ Mutuelle
 Ses partenaires

RÉSILIER VOTRE ANCIENNE MUTUELLE SANTÉ

Si vous détenez déjà une complémentaire santé ou une mutuelle auprès d'un autre organisme, vous devez d'abord résilier votre assurance actuelle afin de pouvoir adhérer à Santé-FO senior.

Avec l'entrée en vigueur de la loi Chatel, votre assureur doit vous informer de la date butoir que vous devez respecter pour dénoncer la reconduction de votre contrat.

Cette information doit vous être adressée au moins 15 jours avant cette date butoir pour vous laissez le temps de résilier votre contrat à l'échéance (et ainsi respecter le préavis prévu par votre contrat).

Votre assureur doit donc vous adresser un document :

- 75 jours avant l'échéance annuelle du contrat si le préavis prévu par votre contrat est de 2 mois
- 45 jours avant l'échéance annuelle du contrat si le préavis prévu par votre contrat est de 1 mois

La plupart du temps l'information prévue par la loi Chatel est indiquée sur votre avis d'échéance. Aussi si votre avis d'échéance ne vous a pas été adressé dans ces délais, vous avez 20 jours à réception de l'avis d'échéance pour résilier votre contrat.

Attention : précisez sur votre courrier que vous résiliez votre contrat dans le cadre de la loi Chatel.

Voici un modèle de lettre que vous devez envoyer à votre assureur, en recommandé avec accusé de réception, pour résilier votre contrat en cours à la prochaine échéance.

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions légales en vigueur (Loi Chatel) et aux conditions générales de mon contrat d'assurance n° _____, je vous informe que je désire résilier ce dernier à l'expiration de la période annuelle en cours, soit le _____.

Veillez m'en donner acte et me faire parvenir mon certificat de radiation.