

INFORMATIONS POUR VOUS AFFILIER AU CONTRAT SANTÉ-FO-SENIOR (RÉGIME GÉNÉRAL)

VALABLE À PARTIR DU 1^{ER} JANVIER 2015

1- LES COTISATIONS SONT LES SUIVANTES (Y COMPRIS CMU ET TAXE TSCA) :

Par adulte** :

- Retraités de moins de 60 ans : 1,85 % du PMSS* (58,64 € /mois en 2015)
- Retraités de 60 à 65 ans : 2,14 % du PMSS* (67,84 € /mois en 2015)
- Retraités de 66 à 70 ans : 2,73 % du PMSS* (86,54 € /mois en 2015)
- Retraités de 71 à 75 ans : 3,24 % du PMSS* (102,71 € /mois en 2015)
- Retraités de 76 à 80 ans : 3,62 % du PMSS* (114,75 € /mois en 2015)
- Retraités de plus de 80 ans : 3,87 % du PMSS* (122,68 € /mois en 2015)

Par enfant :

- Enfant à charge : 0,73 % du PMSS* (23,14 € /mois en 2015)

*PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3 170 € en 2015)

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.

2 - SONT ASSURÉS AU TITRE DE LA PRÉSENTE GARANTIE LES PERSONNES SUIVANTES QUI S'AFFILIENT DE MANIÈRE FACULTATIVE POUR ELLES-MÊMES ET LES BÉNÉFICIAIRES CI-APRÈS DÉFINIS.

Sont bénéficiaires des garanties du contrat sous réserve du paiement de la cotisation correspondante :

- Vous-même, adhérent UCR FO et assuré social en retraite dénommé « Assuré »
- Votre conjoint*** (adhérent UCR FO ou non, salarié ou non), ou votre concubin*** au sens de l'article 515-8 du code civil (adhérent UCR FO ou non, salarié ou non), lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) ou non avec vous,
- Les enfants de moins de 21 ans à votre charge ou à celle de votre conjoint ou de votre concubin au sens de la législation Sécurité sociale et, par extension les enfants de moins de 26 ans à votre charge au sens de la législation fiscale,
- Les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale, quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus imposables.
- Toute personne à votre charge, au sens des assurances sociales.

*** Pour les conjoints(es) et concubins(lines) qui ne sont pas retraités, la cotisation choisie sera en fonction de leur âge.

3 - JOINDRE LES PIÈCES NÉCESSAIRES À VOTRE DOSSIER :

- Votre bulletin d'affiliation santé complété et signé,
- Une copie de l'attestation papier de la carte vitale pour chaque ayant droit assuré social à titre personnel,
- Le mandat SEPA dûment complété, daté, signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire,
- La copie de votre carte d'adhérent de l'UCR FO de l'année en cours,
- 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. Si vous êtes en capacité de fournir ce dernier document, et s'il n'y a eu aucun délai de rupture dans votre couverture santé entre votre ancienne mutuelle et votre adhésion au présent contrat, alors le délai de carence de 6 mois sur les garanties dentaire et optique ne s'appliquera pas. Dans le cas contraire, le délai de carence s'appliquera.

L'ensemble des éléments est à adresser à votre centre de gestion : AG2R LA MONDIALE - Centre de gestion - 16 LA CANEBIÈRE - CS 31866 - 13221 MARSEILLE CEDEX 1



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT

Identifiant Créancier SEPA **FR33ZZZ192252**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'entreprise d'assurance figurant ci-dessous à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'entreprise d'assurance.

MES COORDONNÉES

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL

COMPTE À DÉBITER – paiement récurrent

BIC (BANK IDENTIFICATION CODE)

IBAN (INTERNATIONAL BANK ACCOUNT NUMBER)

Fait à : _____ Le : _____

Signature du titulaire du compte à débiter :

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ASSURÉ

DESTINATAIRE DU PAIEMENT

MUTUELLE VIASANTE
104 110 BOULEVARD HAUSSMANN
75008 PARIS

DESTINATAIRE DU MANDAT

VOTRE CENTRE DE GESTION
VIASANTÉ
SERVICE AFFILIATIONS

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre Banque (ou prestataire de services de paiement au sens de la directive 2007/64/CE). Pour toute information contenue dans le présent mandat, vous pourrez exercer vos droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

4- 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 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.

→ Doit-on préciser dans la lettre que vous résiliez votre contrat dans le cadre de la loi Chatel ?

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.

BULLETIN D'AFFILIATION SANTÉ ADHÉRENTS DE L'UCR FO RÉGIME GÉNÉRAL

VALABLE À PARTIR DU 1^{ER} JANVIER 2015

CADRE RÉSERVÉ À PRIMAMUT

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 :

AG2R LA MONDIALE - Centre de gestion

16 LA CANEBIERE - CS 31866 - 13221 MARSEILLE CEDEX 1

INFORMATION CONTRAT

CODE CATEGORIE : 060

CONTRAT N° ODH2347

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ(E)

Cotisation choisie

Par adulte** :

Retraités de moins de 60 ans : 1,85 % du PMSS* (58,64 € /mois en 2015)

Retraités de 60 à 65 ans : 2,14 % du PMSS* (67,84 € /mois en 2015)

Retraités de 66 à 70 ans : 2,73 % du PMSS* (86,54 € /mois en 2015)

Retraités de 71 à 75 ans : 3,24 % du PMSS* (102,71 € /mois en 2015)

Retraités de 76 à 80 ans : 3,62 % du PMSS* (114,75 € /mois en 2015)

Retraités de plus de 80 ans : 3,87 % du PMSS* (122,68 € /mois en 2015)

Par enfant :

Enfant à charge (gratuité à partir du 3^e enfant) : 0,73 % du PMSS*

(23,14 € /mois en 2015)

*PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3 170 € en 2015)

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

Je reconnais :

- avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'information santé FO Senior
- avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'information Assistance PRIMA ASSISTANCE convention N° 620339
- être informé(e) que je bénéficie d'un droit de renonciation dans les conditions définies dans la Notice d'information.

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 supplémentaire 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 Primamut (copie de l'avis d'imposition ...).

Cette déclaration est soumise à l'article L. 932-7 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 Terciane 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 Primamut 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 PRIMAMUT, adressez-nous la copie de votre nouvelle attestation de droits.

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. Si vous êtes en capacité de fournir ce dernier document, et s'il n'y a eu aucun délai de rupture dans votre couverture santé entre votre ancienne mutuelle et votre adhésion au présent contrat, alors le délai de carence de 6 mois sur les garanties dentaire et optique ne s'appliquera pas.

Dans le cas contraire, le délai de carence s'appliquera.

- 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 pourrons pas vous remettre la carte Terciane, ni effectuer des versements de prestations.

Fait à : _____

Le | | | | | | | | | |

Signature de l'assuré(e)

Primamut – membre du groupe AG2R LA MONDIALE et d'AG. Mut. Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité - 35 Bd brune - 75014 paris – IMMATRICULÉE AUPRÈS DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA MUTUALITÉ SOUS LE NUMÉRO 382 565 745

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 AG2R LA MONDIALE 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 AG2R LA MONDIALE, Direction des Risques Conformité et Déontologie, 104-110 Bd Haussmann, 75379 PARIS Cedex 08.

Je m'oppose à ce que mes données soient utilisées à des fins de prospection notamment commerciale par :

- AG2R LA MONDIALE
 Ses partenaires

