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



Bulletin d'affiliation envoyé le :

(1) Sous réserve de la réception du bulletin d'adhésion par nos services au plus tard dans les

Date d'effet souhaitée(1):

VALABLE DU 1er JANVIER 2020 JUSQU'AU 30 JUIN 2020

CADRE RÉSERVÉ À VIASANTÉ MUTUELLE

Code vendeur générique : 99SAFO

Code vendeur : ___

Reçu le : L			date d'effet souhaitée, celle-ci sera reportée au d'adhésion signé.	i i gour du mois suivant la reception du c	oulletin				
_	RIE: 060	Affiliations	Fait à : Le Signature de l'assuré(e)		_				
	1PLÉTER PAR L'ASSURÉ(E)								
Cotisation chois Par adulte**:	sie								
Catégorie Personnel	Catégories de personnes	Structure de cotisation	Tarif mensuel en % PMSS du 1er janvier au 30 juin 2020***	Tarif mensuel en euros o					
070	Retraités adhérents à FO Alsace-Moselle		1,713%	58,71€					
(régime général)	Retraités adhérents à FO Alsace-Moselle	De 60 à 65 ans	1,983%	67,98€	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
	Retraités adhérents à FO Alsace-Moselle	De 66 à 70 ans	2,525%	86,55€					
	Retraités adhérents à FO Alsace-Moselle	De 71 à 75 ans	2,993%	102,57€					
	Retraités adhérents à FO Alsace-Moselle	De 76 à 80 ans	3,351%	114,85€	114,85€				
	Retraités adhérents à FO Alsace-Moselle	Plus de 80 ans	3,571%	122,41€	,41€				
IDENTIFICATION Joindre une correction cours. Nom: Prénom(s): Nom de jeune f Adresse: Code postal: Date de naissar	ïlle (pour les femmes mariées) : _	arte Vitale et une			nnée				
Si nécessaire, n	sociale : La	liste de vos ayar	nts droit. Joindre une copie	e de leur propre attest	ation				
Si nécessaire, n	nerci de compléter ci-dessous la	liste de vos ayar	nts droit. Joindre une copie de carte Vitale).	e de leur propre attest urité sociale	ation				
Si nécessaire, r papier de carte	nerci de compléter ci-dessous la Vitale (sauf s'ils sont inscrits sur v	liste de vos ayar otre attestation (nts droit. Joindre une copie de carte Vitale).		(2)				
Si nécessaire, r papier de carte Conjoint, concubin	nerci de compléter ci-dessous la Vitale (sauf s'ils sont inscrits sur v Nom - Prénom(s)	liste de vos ayar otre attestation (nts droit. Joindre une copie de carte Vitale).		(2)				
Si nécessaire, r papier de carte Conjoint, concubir Enfant 1	nerci de compléter ci-dessous la Vitale (sauf s'ils sont inscrits sur v Nom - Prénom(s)	liste de vos ayar otre attestation (nts droit. Joindre une copie de carte Vitale).	ırité sociale	(2)				
Si nécessaire, r papier de carte Conjoint, concubin Enfant 1 Enfant 2	nerci de compléter ci-dessous la Vitale (sauf s'ils sont inscrits sur v Nom - Prénom(s)	liste de vos ayar otre attestation (nts droit. Joindre une copie de carte Vitale).		(2)				
Si nécessaire, r papier de carte Conjoint, concubir Enfant 1	nerci de compléter ci-dessous la Vitale (sauf s'ils sont inscrits sur v Nom - Prénom(s)	liste de vos ayar otre attestation (nts droit. Joindre une copie de carte Vitale).	ırité sociale	(2)				



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 Light 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 pourrons pas vous remettre la carte de tiers payant, ni effectuer des versements de prestations.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées que pour la gestion de votre contrat. Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, leur rectification, leur effacement et leur portabilité. Vous pouvez aussi, sous certaines conditions, demander la limitation d'un traitement. Enfin, également sous certaines conditions, vous pouvez vous opposer à la mise en œuvre du traitement.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à VIASANTÉ Mutuelle, à l'attention du Délégué à la protection des données - 1 avenue Carsalade du Pont - CS 89921 - 66866 PERPIGNAN cedex 9 ou à DPD@viasante.fr

INFORMATIONS POUR **VOUS AFFILIER AU CONTRAT** SANTÉ-FO SENIOR (RÉGIME ALSACE-MOSELLE)

VALABLE DU 1er JANVIER 2020 JUSQU'AU 30 JUIN 2020

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

Par adulte***:

Catégorie Personnel	Catégories de personnes	Structure de cotisation	Tarif mensuel en % PMSS du 1er janvier au 30 juin 2020***	Tarif mensuel en euros du 1er janvier au 30 juin 2020***
070 (régime général)	Retraités adhérents à FO Alsace-Moselle	Moins de 60 ans	1.713%	58,71€
	Retraités adhérents à FO Alsace-Moselle	De 60 à 65 ans	1,983%	67,98€
	Retraités adhérents à FO Alsace-Moselle	De 66 à 70 ans	2,525%	86,55€
	Retraités adhérents à FO Alsace-Moselle	De 71 à 75 ans	2,993%	102,57€
	Retraités adhérents à FO Alsace-Moselle	De 76 à 80 ans	3,351%	114,85€
	Retraités adhérents à FO Alsace-Moselle	Plus de 80 ans	3,571%	122,41€

Par enfant:

□ Enfant à charge (gratuité à partir du 3° enfant) : 0,677 % du PMSS* soit 23,21€

- * PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3428 € en 2020)
 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.
- Les cotisations ci-dessus ne sont applicables qu'aux assurés soumis au régime Alsace-Moselle. Un bulletin d'affiliation pour les assurés soumis au régime général est prévu à cet effet.
- *** 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.

SONT ASSURÉES 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(ines) qui ne sont pas retraités, la cotisation choisie sera en fonction de leur âge

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.

L'ensemble des éléments est à adresser à votre centre de gestion :

AG2R LA MONDIALE - Service Affiliations Santé - 485 avenue du Prado - 13412 Marseille Cedex 20.

Mandat de prélèvement

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.

Identifiant Créancier SEPA

FR33ZZZ192252

COORDONNÉES DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER Nom :	DESTINATAIRE DU PAIEMENT
Prénom(s) :Adresse :	VIASANTÉ MUTUELLE 104-110 BOULEVARD HAUSSMANN 75008 PARIS
Code Postal : Ville :	
JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL	DESTINATAIRE DU MANDAT
COMPTE À DÉBITER – PAIEMENT RÉCURRENT BIC (BANK IDENTIFICATION CODE)	

Fait à :	Le:L	1				
Signature du titulaire du compte à débiter :						

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

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ASSURÉ

IBAN (INTERNATIONAL BANK ACCOUNT NUMBER)



VIASANTÉ

SERVICE AFFILIATIONS



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 laisser 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 au	ıx disposi	tions léga	ales en	vigueu	ır (Loi C	Chatel) e	aux	conditions	généra	iles de n	non cont	rat (d'assur	ance
n°	, je vous	informe	que je	désire	résilier	ce dern	er à	l'expiration	de la	période	annuelle	en	cours,	, soit
le .														

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