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

viasanté
LA MUTUELLE D'AG2R LA MONDIALE

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

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 15e jour du mois de la date d'effet souhaitée, celle-ci sera reportée au 1er 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 1er janvier au 30 juin 2020***	Tarif mensuel en euros du 1er janvier au 30 juin 2020***
060 (régime général)	Retraités adhérents à FO	Moins de 60 ans	2,279 %	78,12 €
	Retraités adhérents à FO	De 60 à 65 ans	2,636 %	90,35 €
	Retraités adhérents à FO	De 66 à 70 ans	3,362 %	115,23 €
	Retraités adhérents à FO	De 71 à 75 ans	3,990 %	136,75 €
	Retraités adhérents à FO	De 76 à 80 ans	4,458 %	152,81 €
	Retraités adhérents à FO	Plus de 80 ans	4,766 %	163,34 €

Par enfant :

☐ Enfant à charge (gratuité à partir du 3e enfant) : 0,900 % du PMSS* soit 30,81 €

*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.

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.
- avoir reçu et pris connaissance des statuts de VIASANTÉ Mutuelle.

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	__/__/____	_____ __	☐
Enfant 1	__/__/____	_____ __	☐
Enfant 2	__/__/____	_____ __	☐
Enfant 3	__/__/____	_____ __	☐
Enfant 4(3)	__/__/____	_____ __	☐

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.

viasanté
LA MUTUELLE D'AG2R LA MONDIALE

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 Mutualité 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 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

VIASANTE Mutuelle : Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120. Siège social : VIASANTE Mutuelle, 104-110 boulevard Haussmann - 75008 PARIS - Assureur SGAM AG2R LA MONDIALE, société du groupe d'assurance mutuelle, Entreprise régie par le Code des Assurances, 104-110 boulevard Haussmann - 75008 PARIS 502 858 418 RCS Paris – Distributeur et gestionnaire

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

viasanté
LA MUTUELLE D'AG2R LA MONDIALE

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***
060 (régime général)	Retraités adhérents à FO	Moins de 60 ans	2,279 %	78,12 €
	Retraités adhérents à FO	De 60 à 65 ans	2,636 %	90,35 €
	Retraités adhérents à FO	De 66 à 70 ans	3,362 %	115,23 €
	Retraités adhérents à FO	De 71 à 75 ans	3,990 %	136,75 €
	Retraités adhérents à FO	De 76 à 80 ans	4,458 %	152,81 €
	Retraités adhérents à FO	Plus de 80 ans	4,766 %	163,34 €

Par enfant :

☐ Enfant à charge (gratuité à partir du 3e enfant) : 0,900 % du PMSS* soit 30,81 €

* PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3428 € au 1er janvier 2020)
** 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.

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.

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.

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 : _____
Prénom(s) : _____
Adresse : _____
_____
Code Postal : _____ Ville : _____

DESTINATAIRE DU PAIEMENT

VIASANTÉ MUTUELLE
104-110 BOULEVARD HAUSSMANN
75008 PARIS

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL

COMPTE À DÉBITER – PAIEMENT RÉCURRENT

BIC (BANK IDENTIFICATION CODE)
IBAN (INTERNATIONAL BANK ACCOUNT NUMBER)

DESTINATAIRE DU MANDAT

VOTRE CENTRE DE GESTION
VIASANTÉ
SERVICE AFFILIATIONS

Fait à : _____ Le : _____
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 (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.

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ASSURÉ

viasanté
LA MUTUELLE D'AG2R LA MONDIALE

VIASANTÉ, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120 - Siège social : Mutuelle VIASANTÉ 104-110, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

viasanté
LA MUTUELLE D'AG2R LA MONDIALE

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 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_____.

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

012020 – 60365