

Réservé à PREVIFRANCE N° Cial : _____

Code opération : _____

N° de contrat individuel : _____

☐ Adhésion ☐ Avenant ☐ Ajout d'ayant(s) droit

Collectivité employeur

 Employeur* : _____ SIRET* : _____ **1er exemplaire : Mutuelle**

Date d'embauche* : _____

☐ agent en activité

☐ Retraité

☐ Autres : _____

Date effet de l'adhésion : _____

 Cachet de la collectivité ou de l'établissement public
si dossier d'adhésion papier

Adhérent

☐ Mme ☐ M Nom : _____

Prénom : _____

Nom de naissance : _____ : _____

 Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubinage ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

 Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Mobile : _____

Email : _____

O En cochant cette case, j'accepte de recevoir par sms et email des informations concernant les solutions et services de PréviFrance et de ses entités.

Bénéficiaires J'ai noté que tous les bénéficiaires (adhérent et/ou conjoint et/ou enfant(s)) sont couverts par la même garantie.

Statut ¹	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Télétrans. ²
A	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NON
N° de Sécurité Sociale		Organisme de rattachement Sécurité Sociale (figurant sur votre attestation de droits)			
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Statut ¹	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Télétrans. ²
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NON
N° de Sécurité Sociale si différent de celui du souscripteur		Organisme de rattachement Sécurité Sociale (figurant sur votre attestation de droits)			
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Statut ¹	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Télétrans. ²
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NON
N° de Sécurité Sociale si différent de celui du souscripteur		Organisme de rattachement Sécurité Sociale (figurant sur votre attestation de droits)			
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Statut ¹	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Télétrans. ²
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NON
N° de Sécurité Sociale si différent de celui du souscripteur		Organisme de rattachement Sécurité Sociale (figurant sur votre attestation de droits)			
_____	_____	_____	_____	_____	_____

¹ Statut : Adhérent (A), Conjoint (C) ou enfant (E). Enfants de moins de 18 ans, ou de moins de 28 ans si étudiant, apprenti ou demandeur d'emploi non rémunéré.

² Télétransmission : J'autorise le transfert d'informations entre mon régime d'assurance maladie et la Mutuelle afin de bénéficier de la transmission automatique des décomptes (NOEMIE). Cochez Non si vous disposez d'un autre contrat complémentaire santé qui intervient avant celui-ci. Dans ce cas, vous devrez nous envoyer les décomptes de votre régime d'assurance maladie et de votre autre mutuelle pour être remboursé.

Garantie choisie : ☐ M2835A (Niveau 1)

Cotisation mensuelle :

☐ M2835B (Niveau 2)

Cotisation mensuelle :

☐ M2835C (Niveau 3)

Cotisation mensuelle :

☐ Prélèvement mensuel bancaire . Je joins le mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé.

Je reconnais avoir reçu préalablement à l'adhésion le document d'information sur le produit d'assurance, les statuts de la Mutuelle ainsi que de la notice d'information et en accepter les dispositions. Je déclare avoir présenté une pièce d'identité en cours de validité. Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration entraînerait les sanctions prévues par le Code de la Mutualité et m'engage à signaler à la Mutuelle PréviFrance. Sauf demande expresse écrite, tous les relevés de prestations sont adressés à l'adhérent et les paiements sont effectués sur son compte bancaire.

Fait à _____ Le _____

Conformément à la réglementation sur la protection des données, les informations que vous nous communiquez sont destinées à la Mutuelle PréviFrance en sa qualité de responsable du traitement. Elles sont collectées pour la passation, la gestion et l'exécution de vos adhésions ainsi qu'à des fins de contrôle interne, de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, de lutte contre la fraude à l'assurance, et sauf opposition de votre part à des fins commerciales. Aucune des données à caractère personnel vous concernant ne sera transmise à des tiers autres que les entités PréviFrance et ses éventuels délégataires de gestion.

Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles vous concernant. Pour exercer ce droit, vous devez adresser votre demande, accompagnée d'un justificatif d'identité en cours de validité à : Mutuelle PREVI-FRANCE - Protection des données - 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE cedex 6, ou par e-mail à : protection.donnees@previfrance.fr. Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous bénéficiez du droit de vous inscrire gratuitement sur la liste dite « Bloctel » d'opposition au démarchage téléphonique, accessible par le lien www.bloctel.gouv.fr, conformément à l'article L.121-34 du Code de la consommation.

Signature

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

CRÉANCIER Mutuelle PréviFrance - 80, rue Matabiau - BP 71269 - 31012 TOULOUSE cedex 6 - Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR36ZZZ144959

Pour effectuer vos règlements par prélèvement automatique, veuillez compléter et signer ce mandat puis le renvoyer à la Mutuelle PréviFrance accompagné de votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB). En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mutuelle PréviFrance à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle PréviFrance.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée 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. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Débiteur

Identité du payeur

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ N° sécurité sociale _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Identité du souscripteur si différente de celle du payeur

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____

Coordonnées du compte bancaire débiteur (Ces données figurent sur votre Relevé d'Identité Bancaire)

IBAN (identifiant de votre compte) : _____

BIC (identifiant de votre banque) : _____

Type de paiement : récurrent

Pour toute modification, réclamation ou révocation du mandat, vous pouvez, en précisant la référence unique du mandat vous adresser à :

Fait à _____ Le _____

Mutuelle PréviFrance

Gestion des mandats

80, rue Matabiau - BP 71269

31 012 TOULOUSE CEDEX 6

Signature obligatoire

**N'OUBLIEZ PAS DE SIGNER LE MANDAT ET DE JOINDRE
UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB))**

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, des droits d'opposition, d'accès et de rectification. Conformément à la réglementation sur la protection des données, les informations que vous nous communiquez sont destinées à la Mutuelle PréviFrance en sa qualité de responsable du traitement.

Référence unique du mandat (RUM)

Réservé à PREVIFRANCE

Réservé à PREVIFRANCE N° Cial : _____

Code opération : _____

N° de contrat individuel : _____

Adhésion Avenant Ajout d'ayant(s) droit

Collectivité employeur

Employeur* : _____ SIRET* : _____ 2ème exemplaire : Employeur

Date d'embauche* : _____

☐ agent en activité ☐ Retraité ☐ Autre

Date effet de l'adhésion : _____

Cachet de la collectivité ou de l'établissement public
si dossier d'adhésion papier

Adhérent

☐ Mme ☐ M Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____ : _____

Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubinage ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Mobile : _____

Email : _____

O En cochant cette case, j'accepte de recevoir par sms et email des informations concernant les solutions et services de PréviFrance et de ses entités.

Bénéficiaires J'ai noté que tous les bénéficiaires (adhérent et/ou conjoint et/ou enfant(s)) sont couverts par la même garantie.

Statut ¹	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Télétrans. ²
A	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NON
N° de Sécurité Sociale		Organisme de rattachement Sécurité Sociale (figurant sur votre attestation de droits)			
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Statut ¹	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Télétrans. ²
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NON
N° de Sécurité Sociale si différent de celui du souscripteur		Organisme de rattachement Sécurité Sociale (figurant sur votre attestation de droits)			
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Statut ¹	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Télétrans. ²
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NON
N° de Sécurité Sociale si différent de celui du souscripteur		Organisme de rattachement Sécurité Sociale (figurant sur votre attestation de droits)			
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Statut ¹	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Télétrans. ²
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NON
N° de Sécurité Sociale si différent de celui du souscripteur		Organisme de rattachement Sécurité Sociale (figurant sur votre attestation de droits)			
_____	_____	_____	_____	_____	_____

¹ Statut : Adhérent (A), Conjoint (C) ou enfant (E). Enfants de moins de 18 ans, ou de moins de 28 ans si étudiant, apprenti ou demandeur d'emploi non rémunéré.

² Télétransmission : J'autorise le transfert d'informations entre mon régime d'assurance maladie et la Mutuelle afin de bénéficier de la transmission automatique des décomptes (NOEMIE). Cochez Non si vous disposez d'un autre contrat complémentaire santé qui intervient avant celui-ci. Dans ce cas, vous devrez nous envoyer les décomptes de votre régime d'assurance maladie et de votre autre mutuelle pour être remboursé.

Garantie choisie : ☐ M2835A (Niveau 1)

Cotisation mensuelle :

☐ M2835B (Niveau 2)

Cotisation mensuelle :

☐ M2835C (Niveau 3)

Cotisation mensuelle :

☐ Prélèvement mensuel bancaire . Je joins le mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé.

Je reconnais avoir reçu préalablement à l'adhésion le document d'information sur le produit d'assurance, les statuts de la Mutuelle ainsi que de la notice d'information et en accepter les dispositions. Je déclare avoir présenté une pièce d'identité en cours de validité. Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration entraînerait les sanctions prévues par le Code de la Mutualité et m'engage à signaler à la Mutuelle PréviFrance. Sauf demande expresse écrite, tous les relevés de prestations sont adressés à l'adhérent et les paiements sont effectués sur son compte bancaire.

Fait à _____ Le _____

Conformément à la réglementation sur la protection des données, les informations que vous nous communiquez sont destinées à la Mutuelle PréviFrance en sa qualité de responsable du traitement. Elles sont collectées pour la passation, la gestion et l'exécution de vos adhésions ainsi qu'à des fins de contrôle interne, de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, de lutte contre la fraude à l'assurance, et sauf opposition de votre part à des fins commerciales. Aucune des données à caractère personnel vous concernant ne sera transmise à des tiers autres que les entités PréviFrance et ses éventuels délégataires de gestion.

Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles vous concernant. Pour exercer ce droit, vous devez adresser votre demande, accompagnée d'un justificatif d'identité en cours de validité à : Mutuelle PREVI-FRANCE - Protection des données - 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE cedex 6, ou par e-mail à : protection.donnees@previfrance.fr. Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous bénéficiez du droit de vous inscrire gratuitement sur la liste dite « Bloctel » d'opposition au démarchage téléphonique, accessible par le lien www.bloctel.gouv.fr, conformément à l'article L.121-34 du Code de la consommation.

Signature

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

CRÉANCIER Mutuelle PréviFrance - 80, rue Matabiau - BP 71269 - 31012 TOULOUSE cedex 6 - Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR36ZZZ144959

Pour effectuer vos règlements par prélèvement automatique, veuillez compléter et signer ce mandat puis le renvoyer à la Mutuelle PréviFrance accompagné de votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB). En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mutuelle PréviFrance à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle PréviFrance.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée 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. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Débiteur

Identité du payeur

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ N° sécurité sociale _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Identité du souscripteur si différente de celle du payeur

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____

Coordonnées du compte bancaire débiteur (Ces données figurent sur votre Relevé d'Identité Bancaire)

IBAN (identifiant de votre compte) : _____

BIC (identifiant de votre banque) : _____

Type de paiement : récurrent

Pour toute modification, réclamation ou révocation du mandat, vous pouvez, en précisant la référence unique du mandat vous adresser à :

Fait à _____ Le _____

Mutuelle PréviFrance

Gestion des mandats

80, rue Matabiau - BP 71269

31 012 TOULOUSE CEDEX 6

Signature obligatoire

**N'OUBLIEZ PAS DE SIGNER LE MANDAT ET DE JOINDRE
UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB))**

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, des droits d'opposition, d'accès et de rectification. Conformément à la réglementation sur la protection des données, les informations que vous nous communiquez sont destinées à la Mutuelle PréviFrance en sa qualité de responsable du traitement.

Référence unique du mandat (RUM)

Réservé à PREVIFRANCE

Réservé à PREVIFRANCE N° Cial : _____

Code opération : _____

N° de contrat individuel : _____

Adhésion Avenant Ajout d'ayant(s) droit

Collectivité employeur

Employeur* : _____ SIRET* : _____

3ème exemplaire : Adhérent

Date d'embauche : _____

☐ agent en activité ☐ Retraité ☐ Autre

Date effet de l'adhésion : _____

Cachet de la collectivité ou de l'établissement public
si dossier d'adhésion papier

Adhérent

☐ Mme ☐ M Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____ : _____

Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubinage ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Mobile : _____

Email : _____

O En cochant cette case, j'accepte de recevoir par sms et email des informations concernant les solutions et services de PréviFrance et de ses entités.

Bénéficiaires J'ai noté que tous les bénéficiaires (adhérent et/ou conjoint et/ou enfant(s)) sont couverts par la même garantie.

Statut ¹	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Télétrans. ²
A	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NON
N° de Sécurité Sociale		Organisme de rattachement Sécurité Sociale (figurant sur votre attestation de droits)			
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Statut ¹	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Télétrans. ²
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NON
N° de Sécurité Sociale si différent de celui du souscripteur		Organisme de rattachement Sécurité Sociale (figurant sur votre attestation de droits)			
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Statut ¹	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Télétrans. ²
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NON
N° de Sécurité Sociale si différent de celui du souscripteur		Organisme de rattachement Sécurité Sociale (figurant sur votre attestation de droits)			
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Statut ¹	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Télétrans. ²
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NON
N° de Sécurité Sociale si différent de celui du souscripteur		Organisme de rattachement Sécurité Sociale (figurant sur votre attestation de droits)			
_____	_____	_____	_____	_____	_____

¹ Statut : Adhérent (A), Conjoint (C) ou enfant (E). Enfants de moins de 18 ans, ou de moins de 28 ans si étudiant, apprenti ou demandeur d'emploi non rémunéré.

² Télétransmission : J'autorise le transfert d'informations entre mon régime d'assurance maladie et la Mutuelle afin de bénéficier de la transmission automatique des décomptes (NOEMIE). Cochez Non si vous disposez d'un autre contrat complémentaire santé qui intervient avant celui-ci. Dans ce cas, vous devrez nous envoyer les décomptes de votre régime d'assurance maladie et de votre autre mutuelle pour être remboursé.

Garantie choisie : ☐ M2835A (Niveau 1)

Cotisation mensuelle :

☐ M2835B (Niveau 2)

Cotisation mensuelle :

☐ M2835C (Niveau 3)

Cotisation mensuelle :

☐ Prélèvement mensuel bancaire . Je joins le mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé.

Je reconnais avoir reçu préalablement à l'adhésion le document d'information sur le produit d'assurance, les statuts de la Mutuelle ainsi que de la notice d'information et en accepter les dispositions. Je déclare avoir présenté une pièce d'identité en cours de validité. Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration entraînerait les sanctions prévues par le Code de la Mutualité et m'engage à signaler à la Mutuelle PréviFrance. Sauf demande expresse écrite, tous les relevés de prestations sont adressés à l'adhérent et les paiements sont effectués sur son compte bancaire.

Fait à _____ Le _____

Conformément à la réglementation sur la protection des données, les informations que vous nous communiquez sont destinées à la Mutuelle PréviFrance en sa qualité de responsable du traitement. Elles sont collectées pour la passation, la gestion et l'exécution de vos adhésions ainsi qu'à des fins de contrôle interne, de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, de lutte contre la fraude à l'assurance, et sauf opposition de votre part à des fins commerciales. Aucune des données à caractère personnel vous concernant ne sera transmise à des tiers autres que les entités PréviFrance et ses éventuels délégataires de gestion.

Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles vous concernant. Pour exercer ce droit, vous devez adresser votre demande, accompagnée d'un justificatif d'identité en cours de validité à : Mutuelle PREVI-FRANCE - Protection des données - 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE cedex 6, ou par e-mail à : protection.donnees@previfrance.fr. Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous bénéficiez du droit de vous inscrire gratuitement sur la liste dite « Bloctel » d'opposition au démarchage téléphonique, accessible par le lien www.bloctel.gouv.fr, conformément à l'article L.121-34 du Code de la consommation.

Signature

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

CRÉANCIER Mutuelle PréviFrance - 80, rue Matabiau - BP 71269 - 31012 TOULOUSE cedex 6 - Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR36ZZZ144959

Pour effectuer vos règlements par prélèvement automatique, veuillez compléter et signer ce mandat puis le renvoyer à la Mutuelle PréviFrance accompagné de votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB). En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mutuelle PréviFrance à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle PréviFrance.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée 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. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Débiteur

Identité du payeur

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ N° sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Identité du souscripteur si différente de celle du payeur

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____

Coordonnées du compte bancaire débiteur (Ces données figurent sur votre Relevé d'Identité Bancaire)

IBAN (identifiant de votre compte) : _____

BIC (identifiant de votre banque) : _____

Type de paiement : récurrent

Pour toute modification, réclamation ou révocation du mandat, vous pouvez, en précisant la référence unique du mandat vous adresser à :

Fait à _____ Le _____

Mutuelle PréviFrance

Gestion des mandats

80, rue Matabiau - BP 71269

31 012 TOULOUSE CEDEX 6

Signature obligatoire

**N'OUBLIEZ PAS DE SIGNER LE MANDAT ET DE JOINDRE
UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB))**

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, des droits d'opposition, d'accès et de rectification. Conformément à la réglementation sur la protection des données, les informations que vous nous communiquez sont destinées à la Mutuelle PréviFrance en sa qualité de responsable du traitement.

Référence unique du mandat (RUM)

Réservé à PREVIFRANCE

Pièces à fournir pour l'adhésion

Le bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé accompagné d'un relevé d'identité bancaire pour le prélèvement des cotisations et le versement des prestations	<input type="checkbox"/>
Une copie d'une pièce d'identité en cours de validité (Carte d'identité recto/verso ou passeport)	<input type="checkbox"/>
Une copie de votre attestation jointe à la carte Vitale ainsi que celles des ayants droit inscrits sous leur propre numéro auprès de la Sécurité sociale.	<input type="checkbox"/>
Un justificatif de la qualité des éventuels ayants droit de plus de 18 ans	<input type="checkbox"/>

Dossier complet à remettre à votre employeur qui le transmettra à la Mutuelle

Si ce n'est pas le cas, il doit être tamponné par votre employeur : 1 exemplaire à lui remettre, 1 exemplaire à conserver et un exemplaire à envoyer à Mutuelle PréviFrance 80, rue Matabiau - BP 71269 - 31012 Toulouse Cedex 6



INFORMATIONS COMMUNES FRAIS DE SANTÉ – PRÉVOYANCE

Protection des données

Conformément à la réglementation sur la protection des données, les informations communiquées sont destinées à la Mutuelle PréviFrance en sa qualité de responsable de traitement. Elles sont collectées pour la passation, la gestion et l'exécution de vos adhésions ainsi qu'à des fins de contrôle interne, de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, de lutte contre la fraude à l'assurance, et sauf opposition à des fins de prospection commerciale. La réception et le traitement des documents comportant des informations médicales par les salariés de la Mutuelle PréviFrance sont effectués dans le respect des procédures internes limitant le nombre de personnes ayant accès à ces renseignements et garantissant leur confidentialité. Ces personnes sont toutes habilitées à traiter ces données et sont soumises au secret professionnel.

Dans ce cadre, les salariés de la Mutuelle PréviFrance pourront traiter l'ensemble des informations médicales. Concernant les dossiers de Prévoyance, en cas de refus écrit de l'adhérent/prospect, ces informations seront traitées par le Médecin conseil uniquement.

Aucune des données à caractère personnel n'est transmise à des tiers autres que les entités PréviFrance et ses éventuels délégataires de gestion. Pour plus d'informations, les candidats à l'assurance et les membres participants peuvent consulter la Charte de protection des données disponible auprès du Service Relation Adhérents au 0800 09 0800 ou mise à disposition sur le site Internet de la Mutuelle.

Les membres participants et leurs ayants droit disposent à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles les concernant. Pour exercer ce droit, la demande doit être adressée, accompagnée d'un justificatif d'identité en cours de validité à : Mutuelle PREVI-FRANCE - Protection des données - 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE cedex 6, ou par e-mail à : protection.donnees@previfrance.fr

Le membre participant ayant communiqué ses coordonnées téléphoniques à la Mutuelle est informé, en application de l'article L.121-34 du Code de la Consommation, qu'il a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dite « Bloctel » : accessible par le lien www.bloctel.gouv.fr

Informations précontractuelles en application de l'article L.521-3 du Code des assurances

• Rémunérations

Les conseillers perçoivent une rémunération fixe qui peut être complétée d'une rémunération conditionnée à l'atteinte d'objectifs qualitatifs et quantitatifs.

• Réclamation - Médiation

a) Réclamation

Toute réclamation est à adresser à Mutuelle PréviFrance 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE CEDEX 6 par courrier recommandé avec accusé de réception, en précisant soit « Réclamation Santé Adhérent », « Réclamation Prévoyance Adhérents » ou « Réclamation Entreprise » selon la situation.

b) Médiation

En l'absence de réponse dans les 2 mois ou si le différent persiste et si aucune action contentieuse n'a déjà été engagée pour le même litige, le Membre participant ou ses ayants droit pourront, saisir gratuitement le Médiateur de la Mutuelle.

Le Médiateur est saisi :

- o soit par courrier avec accusé de réception adressé à : CM2C - 14 RUE SAINT JEAN - 75017 Paris
- o soit par voie électronique sur le site internet de CM2C : cm2c.net
- o soit par mail à cm2c@cm2c.net accompagné de l'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier.

• Autorité de contrôle

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest – CS92459 – 75436 PARIS CEDEX 9.

Dématérialisation de l'adhésion - Signature électronique

Dans le cadre de la dématérialisation, les documents sont signés électroniquement ; il est obligatoire de disposer d'un téléphone portable personnel permettant de lire des SMS, d'une adresse e-mail personnelle valide et d'un logiciel permettant de lire les documents PDF. Les documents précontractuels et contractuels sont communiqués sur support durable dématérialisé.

En cas de refus d'une adhésion dématérialisée, l'adhésion s'effectue sur support papier.

Modalités de renonciation à l'adhésion

Conformément aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la Mutualité, dans l'hypothèse où le contrat entre l'adhérent et la Mutuelle a été conclu à distance ou a fait l'objet d'un démarchage au domicile de l'adhérent, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qu'il y a adhéré à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, ce dernier a la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus soit à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L.222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure. Ce délai est porté à 30 jours calendaires révolus en ce qui concerne les adhésions aux garanties Décès. Quel que soit la garantie souscrite, la Mutuelle a décidé d'accorder un délai de 30 jours à l'adhérent qui souhaite faire valoir son droit à renonciation.

Il lui suffit, pour ce faire, d'envoyer au siège social de la Mutuelle une lettre recommandée ou de procéder à un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception via un opérateur postal numérique, libellé comme suit : « je soussigné(e), nom et prénom, déclare renoncer à mon contrat (préciser la référence) et demande à recevoir le remboursement des cotisations déjà versées ».

Durée de l'adhésion

L'adhésion a une durée annuelle et se renouvelle par tacite reconduction à son échéance, c'est-à-dire au 31 décembre de chaque année.

INFORMATIONS SPÉCIFIQUES ADHÉSION FRAIS DE SANTÉ

Ratio P/C – frais de gestion

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties. Il s'élève à 78,90%.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. Il s'élève à 16,97%.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Résiliation infra-annuelle

Conformément à l'article L. 221-10-2 du Code de la Mutualité et de la réglementation afférente, vous bénéficiez d'un droit à résiliation infra-annuelle : à tout moment, à l'issue de la première année d'adhésion (12 mois) vous pouvez résilier votre adhésion sous réserve des modalités et conditions d'application fixées par décret en Conseil d'État.

Ce type de résiliation n'est pas ouvert aux salariés/adhérents d'une garantie obligatoire souscrite par leur employeur.

Le changement de garantie entraîne l'application d'un nouveau délai de 12 mois.

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle PréviFrance - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II
du Code de la Mutualité - SIREN 776 950 669 - France
Garantie Santé Convention de participation CDG09



09/2025

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré-contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de l'assurance maladie obligatoire. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables et les dispositions des décret n°2011-1474 du 8/11/2011 et n° 2022-581 du 20 avril 2022 relatives à la protection sociale complémentaire des agents et retraités de la Fonction Publique Territoriale. Il permet aux collectivités territoriales de participer au financement de la protection sociale de leurs agents.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : actes, soins, honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnant
- ✓ **Médecine – Pharmacie – Soins courants** : consultations et visites médecins généralistes et spécialistes, actes techniques, médicaments à service médical rendu (SMR) important remboursés à 65% par l'assurance maladie obligatoire, actes d'imagerie, analyses, auxiliaires médicaux, transport, prothèses auditives, prothèses capillaires, orthopédie, accessoires, appareillage
- ✓ **Dentaire** : actes, soins dentaires et inlay-onlay, prothèses dentaires, inlay-core, orthodontie remboursée par l'assurance maladie obligatoire
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), lentilles remboursées par l'assurance maladie obligatoire

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chirurgie réfractive

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Le tiers payant pour éviter de faire l'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé
- ✓ Services en ligne dans l'Espace Adhérent sur previFrance.fr : gestion de l'adhésion à distance, suivi des remboursements, dépôt de vos factures et justificatifs...
- ✓ Fonds d'action sociale

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Le forfait journalier facturé par des établissements médico-sociaux, tels que prévus à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale
- ✗ Les remboursements afférents aux frais liés aux séjours en maison de retraite et hospice et séjours en unités et centres de longue durée.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées hors parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO).

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! Plafond dentaire annuel
- ! Aides auditives : prise en charge tous les 4 ans



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, seuls les frais faisant l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie obligatoire française pourront être pris en charge.



Quelles sont mes obligations ?

SOUS PEINE DE SUSPENSION DES GARANTIES

A l'adhésion :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) aux dates choisies lors de l'adhésion.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues dans le tableau de garantie choisi
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins par l'assurance maladie obligatoire
- Signaler à la Mutuelle dans le délai de deux mois qui suit l'événement :
 - les changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de collectivités ...



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée au bulletin d'adhésion. Un paiement fractionné mensuellement peut toutefois être accordé par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet de l'adhésion est indiquée au Certificat d'adhésion. En cas d'adhésion conclue à distance, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet, ou à compter du jour où il reçoit les documents d'adhésion (si cette date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion). L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés par les Règlements Mutualistes.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance annuelle de l'adhésion, soit le 31 décembre, en adressant à la Mutuelle une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date, ou à tout moment, à l'issue d'une année d'adhésion,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- en cas de modification de l'adhésion suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par la Mutuelle,
- si l'avis d'échéance annuelle de cotisation vous est adressé moins de quinze jours avant la date limite pour exercer votre droit à résiliation, ou lorsqu'il vous est adressé après cette date, vous disposez d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction.

Demande de résiliation

Nom et adresse de l'assuré

.....
.....
.....

Police n° :

Nom de l'assureur

.....
.....
.....

Envoi en recommandé

Le

Monsieur le Directeur,

Je vous confirme par la présente que je résilie mon contrat référencé ci-dessus :

- ☐ A l'échéance du contrat (article L113-12 du code des assurances) en date du / /

- ☐ En application de la loi Chatel n° 2005-67 du 28 janvier 2005, et de l'article L. 113-15-1 du code des assurances , en date du / / 20 .. .

« Art. L. 113-15-1. - Pour les contrats à tacite reconduction couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles, la date limite d'exercice par l'assuré du droit à dénonciation du contrat doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de prime ou de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, l'assuré est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de cet avis pour dénoncer la reconduction du contrat. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

« Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions du premier alinéa, l'assuré peut mettre un terme au contrat, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction en envoyant une lettre recommandée à l'assureur. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sincères salutations.

Signature