

1 – RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ADHÉRENT

Mme / M. NOM : _____ Prénom : _____
 N° de Sécurité sociale : _____ Né(e) le : _____
 Affilié(e) : Régime Générale (CPAM) Travailleurs Indépendants Régimes Spéciaux (MSA ; MGEN ; RATP ; MFD...) (2)
 Adresse : _____
 Code postal / Ville : _____ E-mail : _____
 Domicile : _____ Portable : _____

J'accepte de recevoir par e-mail ou sms des informations sur la vie de mon contrat et des offres promotionnelles de la part de ma mutuelle.
 Je déclare ne pas être une personne politiquement exposée (PPE). (1)

2 – MODALITÉS D'ADHÉSION A UNE GARANTIE SANTÉ

Date d'effet de la garantie* : _____ Avec télétransmission (Échanges automatiques avec le régime obligatoire) : OUI NON

*Sous réserve de réception à cette date du dossier d'adhésion complet ; à défaut, la date de prise d'effet est reportée à la date de réception de l'entier dossier.

Garantie Responsable au choix :

Montant de la cotisation mensuelle
(Champ réservé à la mutuelle) :

JEUNE	ECO	ACTIFS	ENTS <small>(TNS ; Artisans..)</small>	FAMILLE <small>(À partir de 3 bénéficiaires)</small>	SENIORS
<input type="checkbox"/> Dynamic	<input type="checkbox"/> Eco 1 <input type="checkbox"/> Eco 2 <input type="checkbox"/> Eco 3 <input type="checkbox"/> Eco 4	<input type="checkbox"/> Ivoire <input type="checkbox"/> Ebène <input type="checkbox"/> Ambre <input type="checkbox"/> Or	<input type="checkbox"/> Ents 2 <input type="checkbox"/> Ents 3 <input type="checkbox"/> Ents 4	<input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Performante <input type="checkbox"/> Sérénité	<input type="checkbox"/> 1- Sécurité <input type="checkbox"/> 2- Tranquillité <input type="checkbox"/> 3- Sérénité
<input type="checkbox"/> AUTRE					

3 – Je souhaite faire adhérer comme ayant(s) droit la ou (les) personne(s) suivante(s) :

Conjoint(e) / Concubin(e) / Pacsé(e)

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe M F Bénéficiaire d'une autre mutuelle OUI NON
 N° de Sécurité sociale : _____ Né(e) le : _____

Enfant(s) ou ascendant à charge

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe M F Bénéficiaire d'une autre mutuelle OUI NON
 N° de Sécurité sociale : _____ Né(e) le : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe M F Bénéficiaire d'une autre mutuelle OUI NON
 N° de Sécurité sociale : _____ Né(e) le : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe M F Bénéficiaire d'une autre mutuelle OUI NON
 N° de Sécurité sociale : _____ Né(e) le : _____

4 - PERIODICITÉ DE PRÉLÈVEMENT DE LA COTISATION A ÉCHOIR

Périodicité choisie : Mensuelle le 5 le 15 Trimestrielle Semestrielle

MANDAT DE PRÉLEVEMENT SEPA

RUM : _____
 Référence unique du mandat (champ réservé à la mutuelle)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez PMIF à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de PMIF. 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 et contesté - sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

DEBITEUR

Nom, Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal / Ville : _____ Pays : France

IBAN - Identifiant international du compte : _____

BIC - Code international d'identification de votre banque : _____

Fait à _____

le : _____

Signature : _____

CREANCIER : FR 55ZZZ526021

Paiement récurrent/ répétitif

PMIF – 26 rue du Général Leclerc 95410 GROSLAY

5 – MODALITÉS D'ADHESION A LA MUTUELLE

(1) Je certifie sur l'honneur que : Ni moi, ni un membre direct de ma famille (conjoint(e), enfants, ascendants au 1^{er} degré, etc.), ni une personne m'étant étroitement associée (bénéficiaire effectif d'une même personne morale, etc.) n'exerce ou n'a cessé d'exercer depuis moins d'un an l'une des fonctions suivantes : Chef d'Etat, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne ; Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n° 88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger ; Membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours ; Membre d'une cour des comptes ; Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ; Ambassadeur ou chargé d'affaires ; Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ; Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ; Directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein. J'atteste l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus. Je déclare avoir reçu et pris connaissance selon les garanties souscrites de la notice d'information du contrat complémentaire santé, des statuts, du règlement mutualiste de la mutuelle, du document d'information produit normalisé (Ipid) ainsi que du tableau de garanties et donne mon accord pour être garanti(e) dans ces conditions. J'accepte de m'acquitter de la cotisation fixée au règlement mutualiste correspondant à la garantie souscrite et je prends note de son évolution sur décision de l'Assemblée Générale ou du conseil d'administration. Je demande à ce que mes garanties prennent effet aux dates d'effet et conditions indiquées sur le bulletin d'adhésion. L'adhésion est annuelle et produit effet du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf dans le cas d'une adhésion en cours d'année. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale sauf dénonciation par l'Adhérent, dans les conditions prévues dans le cadre de la loi infra-annuelle et à l'article L. 221-10-2. Pour mes remboursements, j'accepte les échanges automatiques avec mon régime obligatoire s'il existe des accords avec ma mutuelle. En cas de refus merci de cocher la case . (Préciser si tous les membres de la famille sont concernés ou sinon mentionner le ou les prénoms)

(2) Adhésion dans le cadre de la loi d'initiative et Entreprise Individuelle (Loi Madelin NC 94.126 du 11 février 1994). Pour les adhésions gérées dans ce cadre, le contrat est souscrit par l'association loi de 1901 ANIP (siège : 7/9 Place du Théâtre, 59800 LILLE) à laquelle je déclare adhérer ; Je déclare en outre sur l'honneur être à jour du versement de mes cotisations aux régimes d'assurances obligatoires de Sécurité Sociale (article L-652.4 du code de la Sécurité Sociale), en avoir produit l'attestation et m'engage à en attester lors de chaque date anniversaire de l'adhésion.

RGPD - La Mutuelle PMIF traite vos données personnelles dans le cadre de la gestion et de l'exécution de votre contrat et dans le cadre de la relation commerciale. Vos informations personnelles pourront être utilisées à des fins de prospection commerciale par courriers postaux e-mail et téléphone sauf si vous vous y opposez en cochant les cases ci-contre. Ces informations peuvent également être traitées pour répondre à des obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle telles que la lutte anti-fraude et la lutte anti-blanchiment. Enfin et à des fins d'intérêt légitime de la mutuelle et dans le respect des principes mutualistes, vos données pourront permettre l'élaboration de statistiques, d'études actuarielles, la mise en place d'actions de prévention, la réalisation de sondages, de jeux concours. Les destinataires de vos données sont : les destinataires dans le cadre de leurs missions habituelles, les personnes intéressées au contrat, celles qui sont intervenantes au contrat telles que le service de gestion ou le service de développement et les personnes habilitées à titre de tiers autorisés. Les données personnelles sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux mais peuvent varier en fonction des finalités décrites ci-dessus. Conformément à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 Janvier 1978 et au Règlement Européen sur la Protection des Données Personnelles n°2016/679 du 27 Avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motifs légitimes ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Ces droits peuvent être exercés en vous adressant directement à la MUTUELLE PMIF -Service Protection des données - 26 rue du Général Leclerc 95410 GROSLAY ou par mail à l'adresse suivante : protectiondesdonnees@pmif.fr -Vous bénéficiez aussi du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07. Pour davantage d'informations notamment quant à l'exercice de vos droits, retrouvez notre politique de confidentialité sur notre site internet à l'adresse suivante : www.pmif.fr ou dans nos Conditions Générales.

Communication légale sur les ratios des garanties et la composition des frais de gestion conformément à l'arrêté du 6 mai 2020 pris en application de la Loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 : Les ratios « Prestations / Cotisations » et « Frais de gestion / Cotisations » de la Mutuelle s'établissent respectivement à 0,72% et 0,27%. Le pourcentage de taxes applicable aux cotisations réglées est de 14,07% en contrat responsable et 21,07% en contrat non responsable. (Dont 0,80% de taxe patientèle) 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. 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. 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.

Conditions applicables en cas de démarchage : En cas de démarchage dans les conditions de l'article L221-18-1 du code de la mutualité, l'adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires (y compris dimanches et jours fériés) à compter de la signature du bulletin d'adhésion pour renoncer à la souscription de ses garanties. Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié, il sera prolongé au premier jour ouvrable suivant. Il est toutefois précisé qu'il ne peut plus exercer ce droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat. L'exercice du droit de renonciation entraîne l'annulation rétroactive du contrat. En cas d'adhésion à plusieurs garanties auprès de plusieurs organismes, la renonciation doit être adressée à chacun des organismes offrant la ou les garanties dont l'adhérent entend obtenir la résiliation. L'exercice de ce délai de rétractation s'effectuera sous peine de nullité, sous forme d'un courrier recommandé avec accusé de réception suivant le modèle proposé ci-dessous. Modèle de lettre « Madame, Monsieur, En application de l'article L 221-18-1 du Code de la Mutualité, je vous informe par le présent courrier user de ma faculté de renonciation aux garanties souscrites en date du Cette rétractation prend effet à la date de signature du bulletin d'adhésion. Veuillez agréer, / Lieu - Date - Nom - Prénom - Signature »

En cas de vente à distance dans les conditions de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, l'adhérent est informé de la faculté qui lui est donnée de renoncer librement à la présente souscription par le même mode de communication à distance que celui utilisé pour la souscription pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et informations légales afférentes à sa garantie si elle est postérieure. Il est toutefois précisé qu'il ne peut plus exercer ce droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat. L'exercice du droit de renonciation entraîne l'annulation rétroactive du contrat. En cas d'adhésion à plusieurs garanties auprès de plusieurs organismes, la renonciation doit être adressée à chacun des organismes offrant la ou les garanties dont l'adhérent entend obtenir la résiliation. Modèle de lettre de renonciation à adresser sous la même forme que la souscription « Madame, Monsieur, En application de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, je vous informe par le présent courrier user de ma faculté de renonciation aux garanties proposées dont les conditions d'adhésion et informations légales me sont parvenues en date du (le cachet de La Poste faisant foi). Cette rétractation prend effet à la date prévu au contrat. Veuillez agréer, / Lieu - Date - Nom - Prénom - Signature ».

Mention « Lu et approuvé »

Fait à _____, Date _____

Signature :

JUSTIFICATIFS A FOURNIR : Retournez-nous votre demande complétée et signée, accompagnée des justificatifs demandés

6 – LES PIÈCES JUSTIFICATIVE DE VOTRE SITUATION

Pour une première affiliation ou suite à une modification de la situation familiale :

Adhérent(e)	Une copie de votre attestation de carte vitale . Une copie d'une pièce justificative d'identité en cours de validité de l'Adhérent. Un relevé d'identité bancaire , postal ou de caisse d'épargne.
Conjoint(e), Concubin(e), Pacsé(e)	Si cette personne figure sur votre attestation de carte vitale : Aucun justificatif supplémentaire à fournir. Si cette personne ne figure pas sur votre attestation de carte vitale : Une copie de l'attestation de sa carte vitale.
Enfants à charge de l'adhérent(e), et/ou du conjoint(e), et/ou du concubin(e), et/ou de la personne avec laquelle l'adhérent(e) est pacsé(e)	Moins de 1 ans et jusqu'au 25ème anniversaire pour les enfants considérés à charge par la Sécurité sociale : Une copie de l'attestation de carte vitale sur laquelle ils figurent. Étudiant, scolaire jusqu'à 28 ans : Un certificat de scolarité ou une copie de la carte d'étudiant. Apprenti dont la rémunération n'excède pas 18 % du PMSS : Une copie du certificat d'apprentissage précisant la date de début et de fin de contrat, la rémunération ou une copie du bulletin de salaire. En contrat de professionnalisation, d'alternance ou d'insertion dont la rémunération n'excède pas 18 % du PMSS : Une attestation de l'employeur ou une photocopie du contrat précisant la date de début et de fin de contrat et la rémunération. Demandeur d'emploi : Une copie de l'attestation d'inscription au Pôle Emploi pour la recherche d'un premier emploi, sans rémunération des Assedic. Sans limite d'âge : Invalide (taux minimum : 80 %, attribué avant 21 ans) Une copie de la notification CDAPH (Commission des Droits de l'Autonomie des Personnes Handicapées, anciennement COTOREP) ou de la carte d'invalidité (orange).
Ascendant à charge	Une copie de votre attestation de carte vitale où figure l'ascendant à charge ou copie de l'avis d'imposition commun