

Contrat collectif santé

En application de la convention de participation conclue avec le Centre de gestion de la Haute - Savoie

☐ Bulletin d'adhésion¹ ☐ Demande de modification¹

L'adhésion au contrat produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée de un an, sauf dénonciation prévue à la notice d'information. La date d'effet de votre adhésion figurera dans une lettre qui vous sera adressée.

1^{er} exemplaire à retourner à :
MNT Contrats
TSA 70020 - 33044 Bordeaux Cedex

2^e exemplaire à conserver
par le membre participant



N'oubliez pas de joindre un RIB et une photocopie de l'attestation de votre carte vitale. Merci de contacter notre agence si le RIB est différent pour les bénéficiaires

Cadre réservé à la MNT :

N° contrat collectif : _____

N° groupe d'assurés : _____

Conseiller : _____

Agence : _____

ID MNT : _____

MES INFORMATIONS PERSONNELLES

☐ Mme* ☐ M.* Nom d'usage* : _____ Prénom* : _____

Nom de naissance* : _____ Date de naissance* : ____/____/____

Ville de naissance* : _____ Département de naissance* : ____ Pays de naissance* : _____

Situation de famille¹ : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ En concubinage ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Adresse* : _____

Code postal* : _____

Ville* : _____

Téléphone domicile : ____/____/____

Téléphone portable : ____/____/____

E-mail : _____@_____

N° Sécurité sociale* : _____ ☐ Régime général*¹ ☐ Autre (à préciser)*¹ : _____

Collectivité employeur ou dernière collectivité employeur (retraités) :

Employeur* : _____ SIRET* : _____

Adresse* : _____

Code postal* : _____ Ville* : _____

N° matricule : _____ Filière : _____ Profession : _____

Date d'embauche* : ____/____/____ Titulaire¹ : ☐ oui ☐ non ☐ Retraité Catégorie¹ : ☐ A ☐ B ☐ C

MON CHOIX DE GARANTIE MNT SANTÉ

☐ Formule 1 : panier de soins ☐ Formule 2 : supérieure ☐ Formule 3 : renforcée

Mode de paiement de la cotisation¹ :

☐ Prélèvement mensuel sur salaire (si vous êtes actif), dans ce cas, j'autorise mon employeur à prélever les cotisations dues sur mon salaire.

☐ Prélèvement mensuel bancaire (si vous êtes retraité, en disponibilité ou en congé parental), dans ce cas je joins un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé.

Date effet de l'adhésion* : ____/____/____

LES AUTRES BÉNÉFICIAIRES DE MON CONTRAT

| | Nom* | Prénom* | Né(e) le | N° Sécurité sociale | Sexe ¹ |
|--|------|---------|----------------|---------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant | | | ____/____/____ | ____/____/____ | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre | | | ____/____/____ | ____/____/____ | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre | | | ____/____/____ | ____/____/____ | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre | | | ____/____/____ | ____/____/____ | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |

Je certifie l'exactitude et la sincérité des informations communiquées, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle étant sanctionnée par la nullité de mon adhésion, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des dispositions figurant au dos du présent bulletin d'adhésion qui constitue un tout indissociable avec ce dernier, des statuts de la mutuelle, de la notice d'information du contrat, du barème de cotisation applicable le jour de l'adhésion et des notices d'information des garanties souscrites auprès d'autres organismes assureurs.

Je reconnais aussi avoir reçu l'ensemble des documents précontractuels d'information, dont le devis comprenant la synthèse des besoins que j'ai exprimés.

J'ai pris connaissance des garanties conseillées par la MNT pour répondre aux besoins que j'ai exprimés et correspondant à mon profil et je déclare choisir librement les garanties sélectionnées ci-dessus.

J'accepte de recevoir des offres commerciales de la MNT¹ :

☐ par email ☐ par téléphone ☐ par courrier ☐ par SMS

J'accepte de recevoir des offres commerciales des partenaires de la MNT¹ :

☐ par email ☐ par téléphone ☐ par courrier ☐ par SMS

Vous pouvez retirer votre consentement à la réception d'offres commerciales à tout moment en vous rendant sur votre espace adhérent ou sur demande écrite.

En cas d'adhésion réalisée à distance ou à la suite d'un démarchage téléphonique (voir au dos du présent bulletin d'adhésion) :

☐ Je demande expressément l'entrée en vigueur des garanties avant l'expiration du délai de renonciation de 14 jours explicité au dos du présent bulletin d'adhésion et acquitte en conséquence la cotisation due pour bénéficier des garanties. Dans le cas où j'exercerais ma faculté de renonciation, je serais tenu au paiement proportionnel du service fourni, conformément aux dispositions décrites dans la notice d'information.

1 - Cochez la case correspondante. * Champs obligatoires.

Mutuelle Nationale Territoriale, 4 rue d'Athènes - 75 009 Paris

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584 relevant du contrôle de l'A.C.P.R. située 4 place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. 2026_cdg74_SCE.

Fait en 2 exemplaires à : _____

Le : ____/____/____

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

Dans le cadre du dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la MNT doit procéder à un contrôle des pièces justificatives fournies lors de la demande d'adhésion. Elle peut être amenée à vous demander des informations et/ou justificatifs complémentaires. La recevabilité et prise d'effet de l'adhésion seront conditionnées à l'étude de l'ensemble des éléments qui auront été transmis à la MNT.

ADHÉSION À LA SUITE D'UN DÉMARCHAGE AU DOMICILE, A LA RESIDENCE OU SUR LE LIEU DE TRAVAIL

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

ADHÉSION À DISTANCE OU À LA SUITE D'UN DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

En cas d'adhésion réalisée à distance c'est-à-dire hors la présence d'un conseiller de la mutuelle, et conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité ou à la suite d'un démarchage téléphonique, vous bénéficiez d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion. Ce droit de renonciation est à exercer par l'envoi à MNT Contrats - TSA 70020 - 33044 Bordeaux Cedex d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception selon le modèle de rédaction ci-dessous :

«Je soussigné (nom, prénom), demeurant (adresse complète), vous notifie par la présente ma renonciation à mon adhésion au (dénomination du contrat collectif) effectuée le (date) à (lieu).

Le (date et signature).»

Si vous n'avez pas adhéré à distance ou à la suite d'un démarchage téléphonique, vous ne disposez pas de la faculté de renonciation.

Je reconnais avoir été informé de ma faculté de renonciation au contrat collectif Santé et de mon droit au remboursement de la cotisation en cas d'adhésion à distance.

Dans l'hypothèse où vous demanderiez l'entrée en vigueur des garanties avant l'expiration du délai de renonciation de 14 jours, vous devriez acquitter en conséquence la cotisation due pour bénéficier des garanties. Dans le cas où vous exerceriez votre faculté de renonciation, vous seriez tenu au paiement proportionnel du service fourni.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel mentionnées au soutien du présent bulletin sont collectées par la MNT, responsable de traitements. Ces données sont destinées à la gestion de votre adhésion, à l'organisation de la vie institutionnelle relevant des statuts ainsi qu'à l'exécution de prescriptions réglementaires par les personnels habilités de la MNT ainsi que de ses partenaires et sous-traitants et leur traitement est fondé sur la nécessaire exécution du contrat. La non-fourniture des données précédées d'un astérisque (*) a pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus. Les données collectées sont conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat et pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance.

Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, la rectification ou l'effacement de celles-ci ainsi que le droit de communiquer des directives concernant le sort de vos données après votre décès. Vous disposez encore du droit de solliciter, pour motif légitime, la limitation du traitement, de vous opposer audit traitement et du droit à la portabilité des données.

Vous pouvez exercer vos droits, en justifiant de votre identité par tout moyen, en vous adressant au délégué à la protection des données de la MNT par email à l'adresse suivante : dpo@mnt.fr ou par courrier à l'adresse de la MNT. La copie d'un titre d'identité comportant la signature du titulaire pourra éventuellement vous être demandée. Vous avez également le droit d'introduire une réclamation relative à la protection des données auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sise, 3, Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 ou www.cnil.fr.

PROSPECTION COMMERCIALE PAR VOIE TÉLÉPHONIQUE

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet d'une prospection commerciale par voie téléphonique, vous disposez du droit de vous inscrire à tout moment gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel, à l'adresse <https://www.bloctel.gouv.fr/>.

PRINCIPE INDEMNITAIRE – MULTI-ASSUREURS

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le membre participant peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

ÉCHANGES INFORMATISÉS AVEC VOTRE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

Pour permettre un remboursement rapide et automatique de vos frais de santé, la MNT met en place le service de télétransmission NOEMIE (transmission automatique de vos décomptes de Sécurité sociale) avec votre Caisse d'assurance maladie obligatoire et celle de vos bénéficiaires. Si vous ne souhaitez pas bénéficier de ce service et préférez n'être remboursé(e) qu'à réception de votre décompte papier, vous pouvez nous en faire part à tout moment par courrier à MNT Contrats - TSA 70020 - 33044 Bordeaux Cedex.

FRAIS DE FONCTIONNEMENT DE VOTRE CONTRAT

Le rapport entre les prestations versées aux adhérents et les cotisations perçues pour votre contrat s'élève à 88 %.

Ce ratio 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'indemnité des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Les frais de gestion s'élèvent à 12 % des cotisations émises.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnité 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'indemnité 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.

MODALITÉS DE RÉSILIATION

Vous pouvez mettre fin au contrat à la date d'échéance annuelle des garanties concernées, en nous adressant votre demande de résiliation par lettre ou tout autre support durable, au moins deux mois avant cette date.

Après 12 mois d'adhésion, vous pouvez également résilier votre contrat à tout moment, sans frais ni pénalités. La résiliation prend effet un mois après la réception par la mutuelle de votre demande de résiliation.