

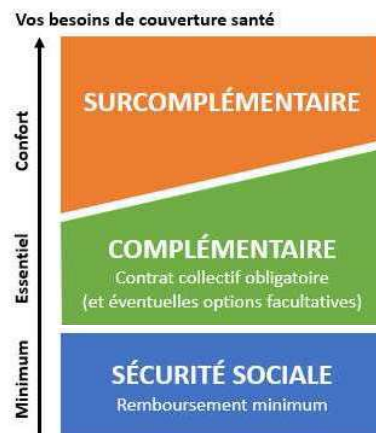
SURCOMPLÉMENTAIRE

Vous bénéficiez d'une complémentaire obligatoire via votre employeur (AÉSIO).

Celle-ci vous garantit un premier niveau de couverture.

La Surcomplémentaire MUTA SANTÉ vous permet d'améliorer votre couverture et de réduire votre reste à charge pour les prestations les plus onéreuses et particulièrement les dépassements d'honoraires.

MUTA SANTÉ intervient sur présentation des décomptes de remboursement de la complémentaire obligatoire de l'UCANSS (AÉSIO).



Date de prise d'effet de la garantie

Date de prise d'effet : ____ / ____ / ____

L'assuré peut souscrire sans délai et sans carence:

- Soit à la date d'embauche,
- Soit à la date de survenance d'un évènement motivant l'adhésion dans le cadre d'un changement de situation de famille sous réserve que la demande soit réceptionnée dans les 3 mois suivant l'évènement,
- Soit au 1er janvier de chaque année.

Salarié(e) assuré(e)

☐ M. ☐ Mme Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Code postal : ____ Ville : _____

Email : _____ Téléphone : _____

En renseignant votre adresse mail, vous autorisez MUTA SANTÉ à vous communiquer toutes informations par voie électronique/dématérialisée.

Régime de Sécurité sociale : ☐ Local "Alsace-Moselle" ☐ Général ☐ Autre (à préciser) : _____

Date d'embauche (à indiquer obligatoire) : ____ / ____ / ____

Autres bénéficiaires à couvrir

➔ Conjoint(e) / Partenaire de PACS / Concubin(e)

☐ M. ☐ Mme Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Régime de Sécurité sociale : ☐ Local "Alsace-Moselle" ☐ Général ☐ Autre (à préciser) : _____

➔ Enfant(s) (selon conditions au verso)

Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale de l'enfant ou du parent de rattachement

Au-delà du 5^{ème} enfant, merci de nous communiquer les informations sur papier libre.

Accords et signatures

Merci de cocher les cases ci-dessous :

☐ En cochant cette case, j'atteste que mes ayants-droit, déclarés au présent bulletin d'adhésion, et moi-même sommes couverts par la garantie santé obligatoire de l'UCANSS (AÉSIO).

☐ En cochant cette case, j'accepte que mes données de santé soient traitées par MUTA SANTÉ.

En cas de refus du traitement de vos données de santé, les prestations garanties ne pourront vous être versées.

☐ En cochant cette case, j'accepte que mes données soient exploitées à des fins de prospection commerciale afin de recevoir des offres similaires à celles déjà souscrites.

Conformément à l'article L.223-1 et suivants du Code de la Consommation, dans le cas où mes données téléphoniques seraient recueillies, je dispose d'un droit d'inscription sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL en m'inscrivant sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Les données à caractère personnel figurant dans ce document sont exclusivement destinées à **MUTA SANTÉ** et à ses partenaires et traitées selon les finalités mentionnées à l'article 1.5 des Conditions générales du contrat. Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, leur rectification, leur effacement, leur portabilité ou la limitation de leur utilisation. Vous pouvez aussi, sous certaines conditions, vous opposer à un traitement de ces données. Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à **MUTA SANTÉ**, à l'attention du Délégué à la protection des données à l'adresse suivante : CS 62290 – 68069 Mulhouse Cedex, ou par courriel à dpo@muta-sante.fr.

Date et signature de l'**ASSURÉ**

Informations utiles et pièces à joindre

Qui peut bénéficier de la garantie ?

Peuvent être assurés, selon déclaration de l'assuré, outre l'intéressé lui-même :

- son conjoint ou son partenaire de PACS, ou à défaut son concubin ;
- ses enfants (ou ceux du conjoint ou du partenaire lié par un PACS ou du concubin auquel la garantie est étendue), sous réserve qu'ils soient :
 - âgés de moins de 27 ans et qu'ils respectent l'une des conditions suivantes :
 - être à leur charge au sens de la Sécurité sociale,
 - suivre des études secondaires ou supérieures,
 - suivre une formation professionnelle ou en alternance,
 - ou, à l'issue de l'une de ces situations et pour une durée d'un an, être inscrits au Pôle Emploi et à la recherche d'un premier emploi.
 - bénéficiaires de l'allocation pour adulte handicapé avant leur 21^{ème} anniversaire (sans limite d'âge)

NB : La couverture est acquise jusqu'à ce que l'enfant ne réponde plus aux conditions détaillées ci-dessus et cesse en tout état de cause, immédiatement dès qu'il exerce une activité lui procurant un revenu supérieur au SMC ou dès qu'il bénéficie en son nom propre d'une complémentaire santé.

Seuls les ayants-droit couverts par la garantie santé obligatoire de l'UCANSS peuvent adhérer au contrat.

Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations sont payées mensuellement par prélèvement sur le compte bancaire de l'assuré.

La signature au verso du présent bulletin vaut autorisation de mettre en place ledit prélèvement. Les coordonnées SEPA de ce prélèvement seront notifiées sur le Certificat d'Adhésion.

Modalités de résiliation

La résiliation de la surcomplémentaire par l'assuré pourra se faire à tout moment s'il est couvert depuis au moins un an. Cette résiliation prendra alors effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception par la Mutuelle de la notification adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation de l'assuré entraîne d'office celle de ses ayants-droit bénéficiaires.

L'adhésion sera résiliée sans délai par MUTA SANTÉ dès lors que l'assuré ou ses ayants-droit ne sont plus couverts par la garantie santé obligatoire de l'UCANSS.

Pièces à joindre au bulletin d'adhésion

- **Pour chacun des bénéficiaires déclarés au recto, une Attestation de droits à la Sécurité sociale en cours de validité sur laquelle il apparaît.** Celle-ci est téléchargeable sur ameli.fr.
- Un **Relevé d'Identité Bancaire (RIB)**
- Pour les enfants entre 18 et 28 ans :
 - un **certificat de scolarité**, en cas de poursuite des études ou d'alternance
 - une **notification Pôle Emploi de refus d'indemnisation**
- Pour les enfants en situation de handicap, la **notification initiale de versement de l'Allocation Adulte Handicapé**
- **Une fiche de paie à la veille de la date d'effet de la garantie mentionnant votre adhésion à la couverture santé obligatoire de l'UCANSS.**

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée 394 152 474

MUTA SANTÉ - CS 62290 - 68069 Mulhouse cedex / 03 89 35 45 02 / moncontrat@muta-sante.fr / www.muta-sante.fr