

BULLETIN DE MODIFICATION

DEMANDE AJOUT À L'OPTION CONFIANCE - DEMANDE AJOUT DE BÉNÉFICIAIRE(S)

À retourner à : Solimut Mutuelle de France - Service CSMR - TSA 21123 - 06709 Saint-Laurent-du-Var Cedex

Référence Agent N°CMCAS ____ NIA ____/____

INFORMATIONS

Actuellement bénéficiaire de : CSMR

N° de Sécurité sociale		Nom (en majuscules)	Prénom (en majuscules)	Date de naissance
____/____	Adhérent	.....	.....	____/____/____
____/____	Conjoint	.....	.....	____/____/____
Si votre conjoint est ouvrant droit au titre des activités sociales de la CCAS, veuillez indiquer son NIA ____/____				
____/____	1 ^{er} enfant	.....	.....	____/____/____
____/____	2 ^e enfant	.....	.....	____/____/____
Résidence / bâtiment Appartement / étage				
Adresse				
Code postal		Commune		Pays
Fixe domicile		Mobile		E-mail
Ayant communiqué vos coordonnées téléphoniques à Solimut Mutuelle de France, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique : bloctel.gouv.fr				

AJOUT DE L'OPTION DE RENFORT CONFIANCE

Je vous informe de mon souhait de modifier la garantie choisie ci-dessous pour moi-même et le cas échéant, l'ensemble des bénéficiaires inscrits sur mon contrat CSMR.

<input type="checkbox"/> Je souhaite souscrire à l'option facultative de renfort Confiance. L'option intervient en 4 ^e niveau après la part CSMR pour des remboursements complémentaires.	Formule Isolé ⁽¹⁾	ou	Formule Famille ⁽²⁾
	Cotisation mensuelle		Cotisation mensuelle
	Confiance	10,00 €		20,00 €

⁽¹⁾ Si vous avez choisi la « Formule Isolé » pour CSMR, votre option Confiance se basera également sur une « Formule Isolé ».

⁽²⁾ Si vous avez choisi la « Formule Famille » pour CSMR, votre option Confiance se basera également sur une « Formule Famille ».

AJOUT DE BÉNÉFICIAIRE(S)

Je vous informe de mon souhait d'ajouter un ou plusieurs bénéficiaire(s) à mon contrat CSMR : joindre l'attestation CAMIEG de(s) personne(s) concernée(s).

N° de Sécurité sociale		Nom (en majuscules)	Prénom (en majuscules)	Date de naissance
____/____	Conjoint	.....	.....	____/____/____
Si votre conjoint est ouvrant droit au titre des activités sociales de la CCAS, veuillez indiquer son NIA ____/____				
____/____	1 ^{er} enfant	.....	.....	____/____/____
____/____	2 ^e enfant	.....	.....	____/____/____

À renseigner en cas de demande d'ajout d'un conjoint :

Mon conjoint* est bénéficiaire de la réduction supplémentaire du fonds IDCP Non Oui

Si oui, date de souscription ____/____/____ valeur mensuelle de ____ €

Cette demande est à transmettre :

- soit via notre site Internet, sur votre espace adhérent CSMR <https://www.solimut-mutuelle.fr/mon-espace> (rubrique CSMR)
- soit par courrier à Solimut Mutuelle de France - Service CSMR- TSA 21123 - 06709 SAINT LAURENT DU VAR CEDEX

Je souhaite recevoir mes relevés de prestations (par défaut consultable sur mon espace personnel Solimut Mutuelle de France) :

par courrier à mon domicile par consultation directement sur mon espace personnel Solimut Mutuelle de France

Ce choix s'appliquera également aux relevés des prestations CSMR.

Je souhaite recevoir mes informations réglementaires (par défaut consultable sur mon espace personnel Solimut Mutuelle de France) :

par courrier à mon domicile par consultation directement sur mon espace personnel Solimut Mutuelle de France

La date d'effet d'adhésion est subordonnée à la transmission de ce Bulletin de Modification de Garantie dûment complété et signé. La date d'effet sera le premier jour du mois indiqué par vos soins (voir en haut du bulletin) si ce document parvient dûment renseigné à Solimut Mutuelle de France avant le 10 du mois indiqué. Dans le cas contraire, la date d'effet sera le premier jour du mois suivant.

Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la notice d'information au contrat CSMR 93006 PNA 01.

Je soussigné(e) demande pour moi-même et les personnes ci-dessus désignées l'adhésion à la mutuelle Solimut Mutuelle de France dont j'ai pris connaissance des statuts. Je certifie l'exactitude des éléments indiqués. Je m'engage à me conformer aux dispositions statutaires de Solimut Mutuelle de France et, notamment à transmettre toutes informations me concernant, nécessaires à la mise en œuvre du service NOEMIE (transmission automatique des décomptes de la Camieg). Dans le cas contraire, j'informe le Service Adhésion de Solimut Mutuelle de France de mon refus.

Je dispose d'un délai de rétractation de 14 jours à compter de la date d'effet de mon adhésion.

Les prestations seront payées par virement et les cotisations prélevées sur le compte communiqué pour le prélèvement de la cotisation CSMR.

MODALITÉS DE RÉSILIATION

Le signataire a pris connaissance que son adhésion prend effet conformément à la notice d'information et jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle est renouvelée par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année. La demande de démission doit être formulée par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3, avant le 31 octobre de l'année en cours. Aucune radiation n'est accordée en cours d'année civile, durant la première année d'adhésion.

À compter du 1^{er} décembre 2020, après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet de votre adhésion, la demande de résiliation peut être effectuée à tout moment, conformément à l'article L. 221-10-2 du Code de la Mutualité.

En tout état de cause, la prise d'effet définitive des garanties est subordonnée au paiement des cotisations.

Par ailleurs, le signataire s'engage à communiquer à la Mutuelle toute modification au présent bulletin d'adhésion.

COMMUNICATION DU RAPPORT PRESTATIONS/COTISATIONS ET DES FRAIS DE GESTION

Le rapport entre les prestations et les cotisations s'éleve à 82 %.

Le ratio entre le montant des prestations versée 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.

Les frais de gestion sont fixés à 18 % et se composent de la manière suivante : frais de gestion des sinistres (13 %), frais d'acquisition (2 %), frais d'administration (3 %)

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.

VENTE À DISTANCE ET DÉMARCHAGE

Conformément à l'article L221-18-1 du Code de la Mutualité, 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 règlement ou 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.

Conformément à l'article L.221-18 du code de la mutualité, toute personne physique ayant adhéré à distance, à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Ce délai est porté à 30 jours dans le cadre d'un contrat prévoyance.

En cas de démarchage ou de vente à distance, vous bénéficiez d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires révolus. Ce délai est porté à 30 jours pour les contrats de prévoyance. L'entrée en vigueur du contrat est reportée à l'expiration du délai de renonciation.

Vous pouvez renoncer à votre adhésion en envoyant à l'adresse de Solimut Mutuelle de France - Service Relations Adhérents - Castel Office - 7 quai de la Joliette - CS 40602 - 13235 Marseille Cedex 02, une lettre recommandée rédigée comme suit : « Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion aux garanties souscrites effectuée le __/__/__, datée et signée. ».

Toutefois, vous pouvez autoriser expressément le commencement d'exécution de votre contrat. La demande expresse de commencement d'exécution ne fait pas obstacle à l'exercice du droit de renonciation. Solimut Mutuelle de France s'engage dans ce cas à vous déclarer renoncer dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée, les sommes encaissées sous déduction des prestations que vous ou vos ayants droit auriez éventuellement perçues.

Pour toute adhésion à une garantie prévoyance vous bénéficier d'un délai de renonciation de 30 jours quelles que soient les modalités d'adhésion, conformément à l'article L223-8 du code de la Mutualité.

Le signataire autorise expressément le commencement d'exécution de son contrat. À défaut, cocher la case : .

RGPD

Les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement par Solimut Mutuelle de France conformément à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Les données recueillies sont nécessaires à des fins de prospection commerciale, de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution des contrats, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties), de collecte et de traitement du numéro sécurité sociale, de l'exercice des recours, de la gestion des réclamations et des contentieux, et de la gestion des difficultés sociales. Ces données sont également traitées pour satisfaire des obligations légales ou réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment ou les déclarations et prélèvement sociaux et fiscaux) et pour assurer la gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Ces traitements sont fondés sur le consentement de la personne ou leurs nécessités dans le cadre de l'exécution des mesures précontractuelles et du contrat, ainsi que dans le cadre du respect des obligations légales à laquelle la Mutuelle est soumise.

Dans ce contexte, nous attirons votre attention sur les points suivants :

- Ces données peuvent être destinées aux salariés de la Mutuelle en charge de la préparation et de la gestion des adhésions, de l'exécution des contrats, de la prospection commerciale, des organismes de sécurité sociale, des professionnels de la santé, des sous-traitants, partenaires, réassureurs, coassureurs, services et autorités de contrôle de la mutuelle ainsi que l'administration fiscale, sociale et les personnes habilitées au titre des tiers autorisés.
- Les informations précédées d'un * sont collectées de manière obligatoire. Les autres

informations le sont à titre facultatif à des fins de prospection commerciale, mais sont également utilisées pour faciliter les échanges avec l'adhérent dans le cadre de la gestion des adhésions et de l'exécution des contrats. L'absence de recueil de ces informations pourrait impacter la qualité et la rapidité des communications entre la Mutuelle et l'adhérent.

- Vos données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Les données utilisées à des fins de prospection commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à votre initiative. Les données nécessaires à l'exécution des contrats sont conservées pendant toute la durée d'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales applicables à l'activité de la Mutuelle.
- Vous, et vos ayants-droit, disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de définition de directives et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données vous concernant. Toutes les demandes donneront lieu à une première réponse de la Mutuelle dans un délai d'un mois. Certaines données pourront être exclues du champ des droits d'accès dans certaines circonstances, notamment dans le cadre du respect d'une obligation légale de la Mutuelle. Une justification de votre identité pourra vous être demandée afin de prendre en compte votre demande. Vous pouvez, à cette fin, contacter le Délégué à la Protection des Données soit par mail à dpo.smf@solimut.fr, soit par courrier à DPO - SMF, UGM Solimut, Castel Office - 7 quai de la Joliette - 13002 MARSEILLE. À la suite de votre contact avec le Délégué à la Protection des Données, et en cas de désaccord concernant le traitement de vos données, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.
- De plus, en application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, nous vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec la Mutuelle, vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société OPOSETEL, Service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret, 10 000 Troyes, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr.

- Oui, je souhaite recevoir des informations sur les produits et services de la Mutuelle par voie électronique (courriel, SMS, MMS).
- Non, je ne souhaite pas recevoir de promotions et sollicitations de la Mutuelle par voie postale ou téléphonique.
- Oui, je souhaite recevoir des informations sur les produits et services des partenaires commerciaux de la Mutuelle.

Le signataire certifie exactes les informations communiquées et reconnaît avoir pris connaissance des statuts de la Mutuelle, de la notice d'information et du contenu de la garantie. Le signataire s'engage à informer la Mutuelle de toute modification de sa situation et/ou de celle de ses ayants droit.

À

le ____/____/____

Signature de l'assuré(e) :
Précédée de la mention « Lu et approuvé »