

BULLETIN D'ADHESION**À retourner à :**

HENNER
CENTRE DE GESTION MUTUELLE SAINT-MARTIN
TSA 81938
92894 NANTERRE CEDEX 9
Tel : 03 26 79 21 06

 Adhésion Modification***A remplir en lettres CAPITALES****ADHÉSION**Date d'adhésion souhaitée **NB :** adhésion pour une année au minimum et, au plus tôt, le 1^{er} jour du mois suivant la demande**VOUS**

le membre participant

Civilité..... Nom de naissance..... Prénom.....
Nom marital..... Date de naissance
N° Sécurité sociale
Adresse.....
Code Postal Ville.....
Téléphone Courriel.....@.....
Situation de famille Marié(e) Célibataire Veuf(ve) Concubin(e) ou Pacsé(e) Séparé(e) de corps ou divorcé(e)

Je souhaite recevoir mes décomptes par mail : Oui Non

* Pour toute modification, merci de renseigner les champs ci-dessus.

CONJOINT, ENFANTS QUE VOUS SOUHAITEZ COUVRIR**VOTRE CONJOINT(E) ⁽¹⁾**

Civilité..... Nom de naissance..... Prénom.....
Nom marital..... Date de naissance
N° Sécurité sociale

VOS ENFANTS A CHARGE ⁽²⁾

Nom	Prénom	Né(e) le	N° Sécurité sociale
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

⁽¹⁾ Au sens de l'article R. 861-2 du Code de la Sécurité sociale⁽²⁾ À partir du 6^{ème} enfant à charge, merci d'indiquer les éléments sur papier libre

Ne cocher qu'une seule case

Option M
NECESSAIRE

Option A
ESSENTIEL

Option B
CONFORT

Option C
CONFORT RENFORCÉ

MODE DE PAIEMENT

Prélèvement mensuel

→ Joindre OBLIGATOIREMENT le mandat de prélèvement SEPA et votre RIB

MERCI DE JOINDRE A CE BULLETIN D'ADHESION

- Photocopie de votre attestation de droits de Sécurité Sociale accompagnant votre carte Vitale
- RIB
- Mandat SEPA

EN CAS D'ADHÉSION DU CONJOINT

- Photocopie de l'attestation de droits de Sécurité Sociale accompagnant la carte Vitale de votre conjoint, concubin ou pacsé
- Document justifiant de votre vie commune ou l'attestation du PACS

EN CAS D'ADHÉSION D'ENFANT(S) (COUVERTS JUSQU'À LEUR 28^e ANNIVERSAIRE) : étudiants *OU* contrat d'apprentissage *OU* contrat de professionnalisation *OU* inscrits dans un cursus de formation *OU* demandeurs d'emploi *OU* adultes handicapés (repris sous le numéro de Sécurité Sociale de l'un des parents)

- Photocopie de l'attestation de droits Sécurité Sociale accompagnant leur carte Vitale
- Certificat de scolarité
- OU* Certificat ou attestation correspondant au contrat ou au cursus de formation
- OU* Attestation d'inscription à Pôle Emploi pour les "primo demandeur d'emploi"
- OU* Attestation prouvant le versement de l'allocation prévue par la législation sociale en faveur des personnes handicapées ou carte d'invalidité

LIAISON INFORMATIQUE AVEC VOTRE CAISSE DE SÉCURITÉ SOCIALE

- En signant le présent document, j'accepte la mise en place d'une connexion NOEMIE* pour mon compte. De ce fait, j'autorise ma Caisse de Sécurité sociale à transmettre au centre de gestion de la Mutuelle Saint-Martin (HENNER) la copie de mes décomptes.

*NOEMIE : Norme Ouverte d'Echange Maladie avec Les Intervenants Extérieurs.

- Je m'engage à fournir à la Mutuelle les éventuels changements d'adresse ou de compte bancaire ainsi que toutes les informations nécessaires à la gestion de mon dossier.
- Je certifie sincères et véritables les renseignements figurant sur ce document.
- J'atteste avoir pris connaissance que l'ensemble des documents relatifs à mon contrat [statuts de la Mutuelle Saint-Martin, règlement mutualiste, document d'information standardisé (Ipid)] est disponible sur le site internet www.mutuellesaintmartin.fr ou par courrier sur simple demande à servicerelationmsm@unionsaintmartin.fr.

Signature du membre participant, précédée de la mention "lu et approuvé"

Fait à

Le

--	--	--	--	--	--

A compter du 1^{er} décembre 2020, l'adhérent peut également résilier son adhésion, sans frais ni pénalités, après expiration d'un délai d'un an à la suite de sa première souscription. La résiliation prend effet un mois après réception de la demande. L'adhérent est alors redevable de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion. La Mutuelle(*) est tenue de rembourser le solde à l'adhérent dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation. Ces modalités s'appliquent aux adhésions en cours au 1^{er} décembre 2020.

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. En 2019, ce ratio était égal à 95,7 % au sein de la Mutuelle Saint-Martin.

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 versement des prestations correspondant à ces garanties. En 2019, ce ratio était égal à 13,92 % au sein de la Mutuelle Saint-Martin. 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.

Vos données personnelles sont destinées exclusivement à la Mutuelle Saint-Martin ainsi qu'à ses prestataires participant à la gestion de votre contrat. Elles sont conservées pendant toute la durée nécessaire au service de gestion telle que prescrite par les lois applicables en la matière. A ce titre, les données collectées sont obligatoires pour nous permettre de vous fournir le service. Conformément aux dispositions de la loi informatique et libertés modifiée du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de la portabilité de vos données à caractère personnel, ainsi que du droit d'organiser des directives sur le sort de vos données personnelles après votre décès. Pour l'exercice de ces droits, veuillez écrire au Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle Saint-Martin, 3 rue Duguay-Trouin, 75280 Paris cedex 06 - dpo@mutuellesaintmartin.fr.