

BULLETIN D'ADHÉSION

À retourner à :

HENNER
CENTRE DE GESTION MUTUELLE SAINT-MARTIN
TSA 81938
92894 NANTERRE CEDEX 9

Tél : 03 26 79 21 06

Courriel : msm@mutuellesaintmartin.fr

☐ 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

Pays 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 les alertes décomptes par mail : ☐ Oui ☐ Non

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

CONJOINT, ENFANTS QUE VOUS SOUHAITEZ COUVRIR

CONJOINT(E) ⁽¹⁾

Civilité..... Nom de naissance..... Prénom.....

Nom marital..... Date de naissance

Pays de naissance.....

N° Sécurité sociale

ENFANT(S) A CHARGE ⁽²⁾

Nom	Prénom	Né(e) le	Pays de naissance	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"/>
.....	<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^e enfant à charge, merci d'indiquer les éléments sur papier libre

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
MA SANTÉ MSMNe cocher qu'
une seule case☐ Option M
NECESSAIRE☐ Option A
ESSENTIEL☐ Option B
CONFORT☐ Option C
CONFORT RENFORCÉ

Cf. détails du contrat et des garanties sur le règlement mutualiste, l'IPID et la gamme de présentation.

MODE DE PAIEMENT

☒ Prélèvement mensuel

→ Joindre OBLIGATOIREMENT le mandat de prélèvement SEPA et votre RIB

MERCİ DE JOINDRE A CE BULLETIN D'ADHÉSION

- ☐ Photocopie de votre attestation de droits de Sécurité Sociale accompagnant votre carte Vitale
- ☐ RIB
- ☐ Mandat SEPA
- ☐ Kbis ou inscription registre du commerce, inscription aux registres des métiers, professions libérale

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.
- ☐ Je participe à l'entraide de la MSM-AS via mon adhésion à la MSM (participation de 1 % comprise dans mes cotisations).

Fait à

Le

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

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

L'adhérent peut 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.

Dans l'hypothèse où le contrat entre le membre participant et la Mutuelle a été conclu à distance ou à la suite d'un démarchage et à titre non professionnel, le membre participant dispose d'un droit de renonciation propre aux opérations d'assurance à distance (téléphone, télécopie, courrier, Internet...), dans les conditions prévues par les articles L. 221-18 et L. 221-18-1 du Code de la Mutualité.

Il peut renoncer à son adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus, sans motif ni pénalité. Ce délai commence à courir soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ; soit à compter du jour où il reçoit les documents d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion. Lorsque le membre participant souhaite mettre en œuvre son droit à renonciation, il doit en informer la Mutuelle. Un modèle de lettre de rétractation est disponible sur www.mutuellesaintmartin.fr/renonciation/. La Mutuelle rembourse au membre participant, au plus tard dans les trente (30) jours suivants la réception de la notification, toutes les sommes perçues en application du contrat, sauf à ce que le membre participant ait donné son accord pour que le contrat soit exécuté avant l'arrivée du terme du délai de quatorze (14) jours, auquel cas le membre participant sera tenu au paiement proportionnel du service financier effectivement fourni.

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 2024, ce ratio était égal à 88 % 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 financement des frais de gestion. En 2024, ce ratio était égal à 16,37 % 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.