



**GARANTIES**

Garantie choisie : Bien-être      Confort      Sérénité

Cotisation mensuelle TTC :  € pour l'année 20\_\_\_\_.

CADRE RESERVÉ À LA MUTUELLE

**RÈGLEMENT**

Par l'adhérent :

Prélèvement mensuel

Date de prélèvement souhaitée : 5      10 (Si la date de prélèvement n'est pas indiquée, elle sera appliquée au 5)

Chèque :                      trimestriel      semestriel      annuel

**Mon âge à l'adhésion :**      Moins de 65 ans      65 à 69 ans      70 à 84 ans      85 ans et plus

**PIECES A JOINDRE**

Une **attestation d'Affiliation à l'Assurance Maladie** (pour chaque bénéficiaire inscrit sur le présent bulletin d'adhésion et datant de moins de 3 mois),

Un **Relevé d'Identité Bancaire de l'adhérent**,

Le **Mandat SEPA** ci-joint dûment rempli, sauf si précompte sur bulletin de salaire,

Un **chèque** libellé à l'ordre de GFM correspondant au montant de la cotisation du 1<sup>er</sup> mois,

Une **photocopie recto-verso de la Pièce d'Identité** en cours de validité de l'adhérent (Carte nationale d'Identité, Passeport ou Carte de séjour),

Un **certificat de scolarité** ou la **photocopie de la carte étudiante** si l'enfant suit des études supérieures (à partir de 16 ans jusqu'à 28 ans révolus),

Une **attestation d'affiliation à l'Association** dûment complétée, datée et signée.

**SIGNATURE DE L'ADHERENT**

Par cette signature, je déclare accepter les termes du présent bulletin d'adhésion, et j'atteste :  
de l'exactitude des informations qui y sont renseignées  
avoir pris connaissance de la clause Informatique et Libertés et de mes droits  
avoir reçu la notice d'information et les statuts de Groupe France Mutuelle

Je souhaite bénéficier du service gratuit « Alerte SMS » et recevoir un SMS à chaque virement sur le numéro de portable suivant : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|

Je souhaite participer aux opérations de parrainage et jeux concours <sup>(2)</sup>

J'accepte de recevoir des informations sur les offres, produits et services de Groupe France Mutuelle <sup>(2)</sup>

J'accepte de recevoir des offres commerciales de la part des partenaires de Groupe France Mutuelle <sup>(2)</sup>

J'accepte de recevoir, dans le cadre de la dématérialisation des échanges, l'ensemble des documents relatifs à mon contrat via mon Espace adhérent <sup>(2)</sup>

**En cas d'adhésion à distance ou par démarchage à domicile, vous disposez de 14 jours calendaires révolus pour renoncer à votre adhésion <sup>(3)</sup>.**

**L'adhésion peut être dénoncée, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités dans les conditions prévues par l'article L. 221-10-2 du Code de la mutualité.**

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

**Signature précédée de la mention  
« Lu et approuvé »**

<sup>(1)</sup> Nous vous informons que, sauf cas exceptionnels éventuellement prévus par la fiche/notice d'information, votre adhésion prendra effet au 1<sup>er</sup> du mois qui suit la réception de l'ensemble des pièces obligatoires. A défaut de réception de la totalité des pièces obligatoires dans les 15 jours qui suivent votre demande d'adhésion, cette dernière sera considérée sans effet et annulée. L'adhésion court à compter de la date d'effet indiquée ci-dessus pour expirer le 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite d'année en année par tacite reconduction, sauf dénonciation selon les modalités définies dans la fiche/notice d'information.

<sup>(2)</sup> Vous pouvez modifier votre choix à tout moment via votre Espace adhérent ou en exerçant votre droit de rectification.

<sup>(3)</sup> Voir modalités dans la notice d'information et sur notre site [www.francemutuelle.fr](http://www.francemutuelle.fr)

#### CONDITIONS TARIFAIRES

Le ratio, brut de frais de gestion, entre le montant des prestations versées par la mutuelle pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes collectées afférentes à ces garanties s'élève à 81,6%.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion de la mutuelle au titre de ces mêmes garanties et le montant des cotisations ou primes collectées s'élève à 17,3% dont 4,6% en frais d'acquisition et 12,7% en frais de gestion autres.

*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.*

*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.*

*Le responsable du traitement de vos données à caractère personnel est Groupe France Mutuelle. Conformément au Règlement Général sur la protection des données, vous disposez, sans frais d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, de suppression de vos données ainsi que d'un droit d'opposition au traitement de vos données. Vous avez également le droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à l'adresse suivante : Groupe France Mutuelle, Délégué à la protection des données, Direction Juridique, 10 rue du 4 Septembre, CS 11601, 75089 Paris Cedex 02, ou par mail à [GFM\\_CIL@francemutuelle.fr](mailto:GFM_CIL@francemutuelle.fr). En cas d'insatisfaction, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).*

## Attestation d’Affiliation à l’Association

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de \_\_\_\_\_

Pour le compte de \_\_\_\_\_

Adresse complète \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Bureau distributeur \_\_\_\_\_

Atteste par la présente que :

M.  Mme  \_\_\_\_\_

est affilié(e) à notre association.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention  
« Lu et Approuvé ».

Cette attestation est délivrée sans aucun engagement de notre part, pour permettre à l'intéressé(e) de bénéficier à titre personnel, d'une couverture "Mutuelle" au tarif préférentiel de groupe, auprès de France Mutuelle.



## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

**GROUPE FRANCE  
MUTUELLE  
FR64ZZZ265705**

10, rue du 4 Septembre  
CS 11601  
75089 Paris cedex 02

**Référence Unique du Mandat**

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

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez GROUPE FRANCE MUTUELLE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de GROUPE FRANCE MUTUELLE.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

**Veuillez compléter tous les champs du mandat ci-dessous et nous joindre votre relevé d'identité bancaire ou postal.**

**NOM, PRÉNOM et ADRESSE DU DÉBITEUR**

(Titulaire du compte bancaire ou postal à débiter)

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

.....

**Code postal :** ..... **Ville :** .....

**Pays** .....

**NOM, PRÉNOM et RÉFÉRENCE DE L'ADHÉRENT**

**Nom de l'adhérent principal :** .....

**Prénom de l'adhérent principal :** .....

**Référence adhérent :** .....

IBAN 

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

Identification international du compte bancaire

BIC 

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

Code international d'identification de votre banque

### TYPE DE PAIEMENT ET FRACTIONNEMENT

**Paiement récurrent/répétitif**

**Paiement ponctuel**

**J'accepte d'être informé(e) de mes prélèvements au minimum 5 jours avant l'échéance.**

**Fait à :** .....

**Signature :** .....

**Le :** .....

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client.

Dans le cadre de la relation d'assurance, Groupe France Mutuelle est amené à recueillir auprès de l'adhérent des données personnelles protégées par le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Le responsable du traitement est Groupe France Mutuelle. Les informations collectées sont nécessaires à la mise en place du prélèvement. Elles nous sont exclusivement destinées. Un défaut de réponse pourrait ralentir le délai de traitement de votre demande. Vous disposez, sans frais, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de portabilité et d'opposition des données vous concernant. Vous avez également la possibilité de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à l'adresse suivante : Groupe France Mutuelle, Délégué à la Protection des Données, Direction Juridique, 10 rue du 4 septembre, CS 11601, 75089 Paris Cedex 02 ; ou par mail [GFM\\_CIL@francemutuelle.fr](mailto:GFM_CIL@francemutuelle.fr). En cas d'insatisfaction, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).



Groupe France Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité  
Immatriculée sous le n° de SIREN 784 492 084

Siège opérationnel : 10, rue du 4 Septembre CS 11601 75089 Paris cedex 02 – Siège social : 56 rue de Monceau 75008 Paris