BULLETIN D'ADHESION Garantie santé AD2S

Association accompagnante : ..... Accompagnateur : .....
Téléphone : ..... Mail : .....

Je dois être obligatoirement membre de l'association AD2S pour pouvoir bénéficier de la garantie complémentaire santé AD2S.
❑ Je demande mon adhésion à l'association AD2S

❑ Commercialisation en agence	❑ Commercialisation à distance	❑ Commercialisation par démarchage	❑ Commercialisation hors établissement

SOUSCRIPTEUR COMPLEMENTAIRE SANTE ❑ (1)

Je souhaite adhérer à la complémentaire santé proposée par l'association AD2S
NOM : ..... Prénom : .....
Adresse : ..... Code postal : .....
Ville : ..... ☎ ..... Email : .....
Né(e) le ..... N° Sécurité Sociale : ..... ❑ Régime Général ❑ Régime Local ❑ Autre
Situation de famille : ❑ célibataire ❑ marié(e) ❑ concubin(e) ❑ pacsé(e) ❑ divorcé(e) ❑ veuf (ve)

CONJOINT : (si vous souhaitez qu'il soit affilié avec vous) ❑ (1)

NOM : ..... Prénom : .....
Né(e) le ..... N° Sécurité Sociale : ..... ❑ Régime Général ❑ Régime Local ❑ Autre

ENFANTS A CHARGE (1)

NOM, Prénom : ..... Né(e) le ..... n°SS ..... ❑ RG ❑ RL ❑
NOM, Prénom : ..... Né(e) le ..... n°SS ..... ❑ RG ❑ RL ❑
NOM, Prénom : ..... Né(e) le ..... n°SS ..... ❑ RG ❑ RL ❑
NOM, Prénom : ..... Né(e) le ..... n°SS ..... ❑ RG ❑ RL ❑
NOM, Prénom : ..... Né(e) le ..... n°SS..... ❑ RG ❑ RL ❑

(1) Si vous bénéficiez d'une autre complémentaire santé et/ou si vous souhaitez vous opposer à la télétransmission avec votre régime obligatoire, cochez la case correspondante. Dans ce cas vous devez nous envoyer les décomptes papiers de votre régime de base ou de votre mutuelle pour obtenir les remboursements.

OBJET

❑ **AFFILIATION A COMPTER DU** : 01/ ..... ❑ Essentielle ❑ Intermédiaire ❑ Confort
COTISATION ❑ Mensuelle ❑ Annuelle **A L'ADHESION** : .....
MODES DE PAIEMENT ❑ Prélèvement automatique* ❑ Chèque **Jour de prélèvement :** le 15
*Le prélèvement automatique est obligatoire si paiement mensuel.

Pour permettre l'instruction du dossier merci de joindre :
⇨ une photocopie de l'attestation jointe à votre carte VITALE, et celle de votre conjoint s'il est assuré individuellement à la Sécurité Sociale.
⇨ un Relevé d'Identité Bancaire pour le versement de vos prestations.
⇨ pour le souscripteur : copie de la carte Nationale d'identité, du passeport ou de la carte de séjour ou carte d'invalidité (en cours de validité)
⇨ le mandat de prélèvement SEPA joint dûment complété et signé en cas de prélèvement.

« Le contrat collectif facultatif « AD2S Santé » souscrit par AD2S est co-assuré par ACORIS Mutuelles et MVS Groupe MGEL sans solidarité financière entre elles, chaque mutuelle prenant en charge 100 % des risques pour chaque contrat souscrit auprès d'elle et ce pour l'ensemble des prestations des garanties souscrites. Vous ne pouvez adhérer qu'auprès de l'un des deux co-assureurs en fonction de la zone géographique dans laquelle vous êtes domicilié (résidence fiscale).
Vous devez adhérer à ACORIS Mutuelles si vous résidez dans l'un des départements suivants :
Meurthe et Moselle (54), Meuse (55), Moselle (57), Vosges (88), Doubs (25), Haute-Saône (70), Jura (39), Territoire de Belfort (90).

Vous devez adhérer à MVS si vous résidez dans l'un des départements suivants :
Ardennes (08), Aube (10), Marne (51), Haute Marne (52), Haut-Rhin (68), Bas-Rhin (67).
Aucune adhésion au contrat AD2S santé ne pourra être effective si vous ne vous êtes pas affilié auprès de la bonne mutuelle ».

Fait à ..... le .....

Signature et cachet de la structure d'accompagnement	Signature de l'assuré(e)	Visa responsable Gestion Adhérent

DECLARATION DU MEMBRE PARTICIPANT

Je certifie avoir été sollicité(e) par la mutuelle pour déterminer mes besoins et exigences en matière de couverture santé afin de recevoir un conseil adapté à ma situation.

Commercialisation au cours de foires ou salons :
Conformément aux articles L 224-59 à L 224-62 du Code de la consommation, je reconnais ne bénéficier d'aucun droit de rétractation suite à la signature du présent bulletin d'adhésion.

Commercialisation dans le cadre de la vente à distance :
Conformément à l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, je reconnais disposer d'un droit à renonciation dans le cadre de mon contrat. Ce droit pourra être exercé dans les **quatorze jours calendaires révolus suivant la prise d'effet de l'adhésion au contrat** ou bien la réception de la documentation contractuelle si celle-ci est postérieure. Dans le respect de ce délai, je pourrai procéder à renonciation de ce contrat par l'envoi d'un papier libre dénué de toute ambiguïté ou bien par lettre rédigée selon le modèle figurant ci-dessous.

Commercialisation dans le cadre d'un démarchage à domicile, sur le lieu de résidence ou sur le lieu de travail :
Conformément aux dispositions de l'article L 221-18-1 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 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. Je peux mettre en œuvre ce droit par l'envoi d'un papier libre dénué de toute ambiguïté ou bien par lettre rédigée selon le modèle figurant ci-dessous.

Modèle de lettre de renonciation dans le cadre d'une vente à distance ou d'un démarchage :
«Je soussigné(e) _____ (nom, prénom),
demeurant _____ (adresse complète),
déclare renoncer à mon adhésion à la garantie _____, à laquelle j'ai adhéré le _____ (préciser la date)
et demande le remboursement de l'intégralité des sommes que j'ai versées au titre de ma cotisation, sous déduction des prestations éventuellement versées par la mutuelle »

Fait à : _____, le _____ Signature

Afin d'exercer mon droit de renonciation, je dois adresser ma demande à l'adresse suivante :
ACORIS Mutuelles - 6-8 Viaduc Kennedy - CS 44210 – 54042 NANCY Cedex

Commercialisation dans le cadre de la vente hors établissement :
Conformément aux dispositions de l'article L 221-18 du code de la consommation, je reconnais disposer d'un droit de rétractation dans un délai de **quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion**. Le jour où le contrat est conclu n'est pas compté dans le délai qui commence à courir au début de la première heure du premier jour et prend fin à l'expiration de la dernière heure du dernier jour. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant. **Ma faculté de rétractation peut notamment être exercée par l'envoi du bordereau détachable du présent Bulletin d'Adhésion.**

Les informations collectées ci-dessus sont nécessaires à ACORIS Mutuelles, responsable du traitement, pour la mise en place ou l'exécution de votre contrat. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018, le Membre participant ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ses droits d'interrogation, d'opposition, d'accès, de portabilité, de limitation du traitement, de rectification, d'effacement, et de définir des directives relatives au traitement de ses données à caractère personnel après son décès, en adressant une demande par lettre simple à ACORIS Mutuelles 6-8 viaduc de Kennedy CS 44210 54042 NANCY Cedex ou par courrier électronique à l'adresse suivante : contact@acorismutuelles.fr. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter la clause « Informatique et liberté » du règlement mutualiste.

Traitement des données de santé (réponse obligatoire)
❑ En cochant cette case, j'accepte que mes données de santé soient traitées par ACORIS Mutuelles
❑ En cochant cette case, je refuse que mes données de santé soient traitées par ACORIS Mutuelles
En cas de refus du traitement de vos données de santé, le contrat ne pourra être exécuté puisqu'il s'agit d'un élément essentiel le constituant. Vous demeurez dans tous les cas en mesure d'opposer le secret médical protégé dans le cas d'une procédure de contrôle des prestations.

Prospections commerciale (réponse facultative)
❑ En cochant cette case, j'accepte que mes données soient exploitées à des fins de prospection commerciale, afin de recevoir des offres similaires à celle déjà souscrite.

Conformément aux articles L. 223-1 et suivants du Code de la consommation, dans le cas où il serait recueilli auprès des assurés des données téléphoniques, il est rappelé qu'ils disposent d'un droit d'inscription sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en s'inscrivant sur le site www.bloctel.gouv.fr/.

Les conditions de la présente garantie sont élaborées, tant en ce qui concerne le montant des cotisations que l'expression des garanties, sur la base de la législation et de la réglementation en vigueur.

Je reconnais avoir reçu préalablement à la signature du présent Bulletin d'Adhésion, toutes informations correspondant à la formule choisie, une copie des statuts d'ACORIS Mutuelles, du Règlement Intérieur d'ACORIS Mutuelles, de la notice d'information ainsi que du document d'information sur le produit d'assurance.

Fait à Le
Signature précédée de la mention "Lu et approuvé"

BORDEREAU DE RETRACTATION
DANS LE CADRE D'UNE VENTE HORS ETABLISSEMENT

(Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire uniquement si vous souhaitez vous rétracter de votre adhésion)

A l'attention de :

ACORIS MUTUELLES
6-8 viaduc Kennedy
CS 44210
54042 NANCY Cedex

Ou : **contact@acorismutuelles.fr**

Je/nous vous notifie/notifions par la présente ma/notre rétractation de mon/notre adhésion à la garantie santé AD2S dont les références figurent ci-dessous :

Contrat : garantie santé AD2S, référence :……..
Date de souscription : __/__/__
Nom :……. Prénom :…….
N° adhérent :……
Adresse :……
……
……

Date : __/__/__

Signature du (des) souscripteur(s)
(Uniquement en cas de notification du formulaire sur papier)