



# Accès Santé

(offre spécialement conçue pour les bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé, membres de l'ACS-P)

- DEMANDE D'ADHÉSION  
 DEMANDE DE MODIFICATION

Objet

N° d'adhérent : \_\_\_\_\_

Réservé à la mutuelle gestionnaire (dénomination sociale et adresse de correspondance)

## Identification de l'adhérent au contrat collectif

Civilité :  M.  Mme Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal :  Commune : \_\_\_\_\_ Situation familiale : \_\_\_\_\_

Tél. :  Tél. portable :  E-mail : \_\_\_\_\_

En cochant cette case, j'accepte de recevoir par courrier électronique des informations et des offres promotionnelles de la part des coassureurs et de leurs partenaires.

Profession de l'adhérent : \_\_\_\_\_ Fonctionnaire :  Salarié :  Autre :

Profession du conjoint / pacsé / concubin : \_\_\_\_\_ Fonctionnaire :  Salarié :  Autre :

## Garantie

Je bénéficie du dispositif de l'Aide à la Complémentaire Santé. Je fournis l'original de l'attestation de droit délivrée par ma Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (seuls les bénéficiaires figurant sur cette attestation pourront adhérer à l'offre Accès Santé).

Niveau de garantie choisi : régime général : A  B  C  régime local : A'  B'  C'  à effet du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Personnes à garantir

	Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe (1)	N° Régime Obligatoire	N° Caisse Régime obligatoire
Adhérent (Bénéficiaire 1)	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conjoint / Pacsé / Concubin (Bénéficiaire 2)	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bénéficiaire 3	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Rattaché Bénéficiaire 1 <input type="checkbox"/> Rattaché Bénéficiaire 2 Autre : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Bénéficiaire 4	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Rattaché Bénéficiaire 1 <input type="checkbox"/> Rattaché Bénéficiaire 2 Autre : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Bénéficiaire 5	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Rattaché Bénéficiaire 1 <input type="checkbox"/> Rattaché Bénéficiaire 2 Autre : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Bénéficiaire 6	_____	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Rattaché Bénéficiaire 1 <input type="checkbox"/> Rattaché Bénéficiaire 2 Autre : <input type="text"/>	<input type="text"/>

(1) Féminin = F, Masculin = M

Assurance Maladie Obligatoire (AMO) de l'adhérent :  général  local  autre : \_\_\_\_\_

Assurance Maladie Obligatoire (AMO) du conjoint/pacsé/concubin :  général  local  autre : \_\_\_\_\_

## Montant de mes cotisations en euros

**Cotisation globale TTC/mois (tarifs de l'année en cours)**

Garantie Santé \_\_\_\_\_ € (à renseigner par la mutuelle)

(Montant avant déduction de l'ACS pour l'ensemble des bénéficiaires de la garantie indiqués dans le tableau ci-dessus)

## Règlement de mes cotisations

Mode de paiement :  chèque  prélèvement (joindre le mandat de prélèvement SEPA) Périodicité :  mois (Prélèvement obligatoire)  année

Date de prélèvement :  le 5 du mois  le 10 du mois

Sans précision, celui-ci sera fait le 5 de chaque mois.

## Remboursement et versement de mes prestations santé

Je serai remboursé(e) par virement sur mon compte, je recevrai un relevé périodique des remboursements effectués. Si virement des prestations sur un autre compte (joindre un RIB) :   
Pour mes remboursements, j'accepte les échanges automatiques avec mon régime obligatoire s'il existe des accords avec ma mutuelle gestionnaire.

## Modalités d'adhésion

Je demande à :

- adhérer à l'Association pour l'Accès à la Complémentaire Santé des Populations en Précarité (ci-après ACS-P),
- adhérer à la mutuelle qui m'a distribué l'offre ACS,
- et à adhérer au contrat collectif d'assurance complémentaire santé à adhésion facultative souscrit auprès des coassureurs mentionnés ci-après par l'association ACS-P au profit de ses membres.

Je reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble des pages de la présente demande d'adhésion ou demande de modification.

Je certifie avoir répondu avec exactitude aux déclarations faites ci-dessus. Je déclare avoir pris connaissance de la cotisation mentionnée ci-dessus. La cotisation globale TTC pour l'année en cours par mois est indiquée sous réserve du maintien des taux et taxes en vigueur pour la période de garantie concernée.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance selon les garanties souscrites :

- des statuts et, le cas échéant, du règlement intérieur de la mutuelle distributrice,
- de la notice détaillant mes droits et obligations dans le cadre de mon adhésion au contrat collectif souscrit par l'ACS-P, auprès des mutuelles et union coassureurs mentionnés ci-dessous, et des statuts de ladite association.

Je demande à ce que mes garanties prennent effet à la date d'effet et conditions indiquées sur le bulletin d'adhésion.

Les informations recueillies sur ce bulletin font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre la gestion de votre adhésion. Ces informations pourront également être communiquées à l'extérieur pour les nécessités de la gestion. Elles sont destinées aux coassureurs mentionnés ci-dessous, à l'ACS-P, à la mutuelle distributrice et gestionnaire.

Vos informations personnelles pourront être utilisées à des fins de prospection commerciale par courriers postaux  et téléphone , sauf si vous vous y opposez en cochant les cases ci-contre. Ces informations, de même que celles recueillies ultérieurement, pourront être utilisées par l'ACS-P, les coassureurs, le cas échéant par l'organisme mutualiste distributeur et gestionnaire pour la lutte contre les fraudes et le respect de leurs obligations légales et réglementaires (notamment lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme).

Vous pouvez demander, en application de la loi du 6 janvier 1978, dite « loi informatique et libertés », communication et rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier vous concernant en vous adressant au siège social de votre mutuelle gestionnaire. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

## Modalités de renonciation à l'adhésion en cas de vente à distance

Vous pouvez renoncer à votre adhésion en envoyant à l'adresse de votre mutuelle gestionnaire dans un délai de 14 jours maximum à compter de la date de signature de la demande d'adhésion, 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."

Votre mutuelle gestionnaire s'engage dans ce cas à vous restituer 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.

## Pièces à joindre

- Mon Attestation de sécurité sociale et celle des bénéficiaires de ma garantie
- Attestation de droit à l'ACS délivrée par ma Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire
- Le RIB du compte sur lequel doivent être versées les prestations
- Si vous avez fait le choix d'un prélèvement bancaire, le RIB du compte sur lequel doivent être prélevées les cotisations accompagnée du Mandat de prélèvement SEPA dûment complété.

Fait le : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent (bénéficiaire 1)  
ou de son représentant légal



Réservé à la mutuelle distributrice

Dénomination sociale :

Agence :

Nom conseiller :

Identité de l'adhérent :

Dénomination sociale de l'organisme de gestion :

1<sup>er</sup> exemplaire pour l'adhérent, 2<sup>nd</sup> exemplaire pour la Mutuelle gestionnaire, 3<sup>ème</sup> exemplaire pour l'ACS-P

Association pour l'Accès à la Complémentaire Santé des Populations en Précarité (ACS-P), association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901. Siège social : 143 rue Blomet, 75015 Paris.

Contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'ACS-P au profit de ses membres auprès de :

- **HARMONIE MUTUELLE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 538 518 473. Siège social 143 rue Blomet, 75015 PARIS.
- **ADREA MUTUELLE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 311 799 878. Siège social 25, Place de la Madeleine, 75008 PARIS.
- **APREVA MUTUELLE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 775 627 391. Siège social 20, boulevard Papin, BP 1173, 59012 LILLE Cedex.
- **EOVI-MCD MUTUELLE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 317 442 176. Siège social 44, rue Copernic, CS 11709 – 75773 PARIS Cedex 16.
- **MUTUELLE DE FRANCE PLUS**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 782 814 818. Siège social 146 A, avenue de Toulon, 13010 MARSEILLE.
- **MUTUELLE CIVILE DE LA DEFENSE (MCDéf)**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 784 621 476. Siège social 45 rue de la Procession, 75739 PARIS CEDEX 15.
- **MUTUELLE GENERALE DE L'ECONOMIE DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE (MGEFI)**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 499 982 098. Siège social 6 rue Bouchardon, 75010 PARIS.
- **MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE (MGEN)**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 775 685 399. Siège social 3 square Max-Hymans 75015 PARIS.
- **MUTUELLE GENERALE ENVIRONNEMENT ET TERRITOIRES (MGET)**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 775 671 910. Siège social 76-78 avenue de Fontainebleau 94274 LE KREMLIN BICETRE Cedex.
- **MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE (MNT)**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 775 678 584. Siège social 7 rue Bergère 75009 PARIS.
- **MUTUELLE OCIANE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 434 243 085. Siège social 8, Terrasse du Front du Médoc 33054 BORDEAUX Cedex.
- **UNION HARMONIE MUTUALITE**, union soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° Siren 350 879 078. Siège social 143, rue Blomet 75015 PARIS.