



# BULLETIN D'ADHÉSION

**Mutuelle du CHU**  
et Hôpitaux du Puy-de-Dôme

2 rue Toussaint Louverture - 63100 Clermont-Ferrand  
**Tél. 04 73 90 59 80** - Fax 04 73 90 59 22



**Mutuelle du CHU**  
et Hôpitaux du Puy-de-Dôme

# LA MUTUELLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ **BULLETIN D'ADHÉSION**

2 rue Toussaint Louverture - 63100 CLERMONT-FERRAND  
Tél. 04 73 90 59 80 - Fax 04 73 90 59 22  
mutuelle.chu63@harmonie-mutuelle.fr

## N° Adhérent :

### IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR

NOM / PRÉNOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE 

--	--	--

NOM DE JEUNE FILLE : \_\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : 

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

 CLÉ 

--	--

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_ TÉL. FIXE : \_\_\_\_\_

E-MAIL : \_\_\_\_\_ TÉL. PORT. : \_\_\_\_\_

RÉGIME : \_\_\_\_\_ PROFESSION : \_\_\_\_\_

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU NOTRE MUTUELLE ? \_\_\_\_\_

POUR LES HOSPITALIERS :

ÉTABLISSEMENT D'AFFECTATION : \_\_\_\_\_

ÊTES-VOUS : CÉLIB.  MARIÉ(E)  PACSÉ(E)  VIE MARIT.  VEUF(VE)  DIVORCÉ(E)  SÉPARÉ(E)

#### OPTION CHOISIE

(les personnes inscrites sur le même contrat ont la même option)

DATE D'EFFET : 

--	--	--

ÊTES-VOUS DÉJÀ ADHÉRENT CHEZ NOUS OU À UN AUTRE ORGANISME COMPLÉMENTAIRE  OUI  NON

SI OUI, LEQUEL \_\_\_\_\_ DATE DE RADIATION \_\_\_\_\_

(joindre un certificat de radiation)

### AUTRES MEMBRES DE LA FAMILLE À GARANTIR

#### CONJOINT(E)

DATE D'EFFET : 

--	--	--

NOM / PRÉNOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE 

--	--	--

NOM DE JEUNE FILLE : \_\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : 

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

 CLÉ 

--	--

RÉGIME : \_\_\_\_\_ PROFESSION : \_\_\_\_\_

VOTRE CONJOINT(E) OU CONCUBIN(E) EST-IL AGENT HOSPITALIER ?  OUI  NON

SI OUI, L'ÉTABLISSEMENT : \_\_\_\_\_

ÊTES-VOUS DÉJÀ ADHÉRENT CHEZ NOUS OU À UN AUTRE ORGANISME COMPLÉMENTAIRE  OUI  NON

SI OUI, LEQUEL \_\_\_\_\_ DATE DE RADIATION \_\_\_\_\_

(joindre un certificat de radiation)



ENFANTS		DATE D'EFFET* : <input type="text"/>	
	NOM / PRÉNOM	NÉ(E) LE	N° SÉCURITÉ SOCIALE
ENFANT			
ENFANT			
ENFANT			
ENFANT			

\* Pour l'inscription d'un nouveau-né, une durée de soucription minimum de 3 ans est demandée.

Merci de joindre un extrait d'acte de naissance.

**Vos prestations seront virées sur votre compte bancaire avec récupération directe de vos prestations auprès de la Sécurité Sociale** - Joindre un R.I.B.

**Joindre une photocopie de l'attestation carte vitale de votre régime obligatoire.** Sauf avis contraire de votre part, les informations relatives à votre adhésion seront transmises à cet organisme afin de vous assurer un délai de remboursement minimum (télétransmission Noémie). Si vous êtes pris en charge à 100% pour une ALD, fournir la copie de l'attestation.

• **PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE DES COTISATIONS**  OUI  NON

- Si agent hospitalier, prélèvement sur salaire - Joindre une photocopie du bulletin de salaire.
- Pour les autres, prélèvement sur le compte bancaire - Joindre un R.I.B. ainsi qu'un mandat de prélèvement (SEPA) complété et signé.

**Si vous êtes non imposable, joindre une copie de votre dernier avis d'imposition.**

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie qui vous est accordée par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En outre, dans un tel cas, il sera procédé de plein droit à votre radiation de la Mutuelle.

Je reconnais avoir été informé avant mon adhésion de l'ensemble de mes droits et obligations, j'ai pu consulter sur place, un exemplaire du règlement mutualiste et des statuts de la Mutuelle du C.H.U. et Hôpitaux du Puy-de-Dôme, et je déclare en accepter les termes.

Je déclare :

- demander l'inscription de l'ensemble des personnes désignées sur ce bulletin,
- m'engager à régler les cotisations correspondantes.

Nom du conseiller :

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du membre participant  
Précédée de la mention  
« Lu et Approuvé »

### RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

Offre de bienvenue : \_\_\_\_\_

Carence : 6 mois  Minoration : ALD  N. imp.  Majoration 10 %  Majoration 15 %  Correspondant

Option : H01448  H01431  H01444  H01446  H01445  H01447

INFORMATIONS ET LIBERTÉS : Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet. Le membre participant, ainsi que toute personne, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la Mutuelle à l'adresse de son siège social.



**Pour consulter vos garanties :**

**[www.mutuelle-chu-63.fr](http://www.mutuelle-chu-63.fr)**

**[mutuelle.chu63@harmonie-mutuelle.fr](mailto:mutuelle.chu63@harmonie-mutuelle.fr)**

## FICHE D'INFORMATION ET DE FORMALISATION DES BESOINS

Nom :	Mutuelle du CHU et Hôpitaux du Puy-de-Dôme
Prénom :	2 Rue Toussaint Louverture
Adresse :	63100 CLERMONT-FERRAND
	Sirène : 34739194800036
	LEI : 969500RIGY6LG7JZY85
E-mail :	
Date de naissance :	
Situation familiale :	
Nombre de personnes à garantir :	

En tant que distributeur des produits d'assurance, nous devons respecter certaines exigences en matière de conseil en procédant au recueil de vos besoins et en vous proposant une offre au regard de ce recueil, laquelle ne relève pas de la recommandation personnalisée.

### 1 – Vos besoins

Aidez-nous à affiner vos besoins :

- Souhaitez-vous couvrir vos dépenses en soins médicaux ? Oui/Non
- Souhaitez-vous couvrir vos dépenses en optique et dentaire ? Oui/Non
- Souhaitez-vous une garantie qui couvre, au moins pour partie, les dépassements d'honoraires et/ou le coût d'une chambre particulière en environnement hospitalier ? Oui/Non

### 2 – Information relative à l'utilisation de vos données

Madame, Monsieur,

Le présent document retrace nos échanges. Cette démarche nous a permis, ensemble, de :

- Cerner vos besoins et attentes particulières en matière de santé.
- Vous fournir les informations objectives et pertinentes sur nos solutions correspondantes à vos besoins.
- Mettre en évidence la cohérence du produit d'assurance proposé.

Notre questionnaire a eu pour finalité de vous aider à exprimer et définir au mieux vos besoins et attentes. Notre conseil se fonde sur l'analyse de votre situation, vos besoins exprimés tel que reportés ci-après. La qualité de notre devoir de conseil est dépendante des réponses et informations fournies.

Les informations recueillies dans le cadre de ce document font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre à votre conseiller de vous proposer une offre de complémentaire santé.

Elles sont destinées à la mutuelle et seront conservées puis archivées le temps nécessaire à la réalisation de leur finalité et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Afin de faciliter leur traitement, les données peuvent faire l'objet d'une dématérialisation.

En outre, la Mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de vos données personnelles, elle est susceptible de vous solliciter pour les vérifier ou être amenée à compléter votre dossier et celui de vos ayants droits.

Les données collectées sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et, dans la stricte limite de la finalité citée ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la Mutuelle et contribuant à la réalisation de cette finalité. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires en application des dispositions légales.

Conformément à la réglementation en vigueur, Règlementation Générale à la Protection des Données - RGPD, vous, ainsi que vos ayant-droits, disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de vos données personnelles, et pouvez décider de leur sort après votre décès. Vous disposez en outre d'un droit à la limitation des traitements, d'un droit au retrait du consentement et, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition.

Vous pouvez exercer vos droits auprès de la :

Mutuelle du CHU et Hôpitaux du Puy de Dôme, 2 rue Toussaint Louverture, 63100 Clermont-Ferrand,

Ou par e-mail à [dpo.mutuelle.chu63@harmonie-mutuelle.fr](mailto:dpo.mutuelle.chu63@harmonie-mutuelle.fr)

Par ailleurs, vous pouvez également à tout moment vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

En cas de réclamations relatives au traitement de vos données personnelles et l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3 place de Fontenoy-TSA 80715 - 75 334 Paris cedex 07 ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

### **3. Formalisation de vos besoins**

Vous reconnaissez avoir pris connaissance de la présente formalisation de vos besoins.

Elle synthétise les éléments nécessaires à la bonne adéquation entre votre profil d'adhérent/souscripteur, votre situation et vos besoins en matière de protection santé et/ou prévoyance.

Afin de déterminer la ou les solutions les mieux adapté(es) à votre situation et à vos besoins, vous avez déclaré les éléments suivants :

- Je souhaite couvrir des dépenses de soins médicaux ;
- Je souhaite couvrir des dépenses optiques et dentaires ;
- Je souhaite une garantie qui couvre, au moins pour partie, les dépassements d'honoraires et/ou le coût d'une chambre particulière en environnement hospitalier.

Je soussigné(e), ..... déclare avoir été en capacité de prendre une décision en toute connaissance de cause et accepter la ou les solution(s) préconisée(s) par ma Mutuelle.

Je déclare renoncer au support papier au profit d'un support durable dématérialisé (PDF) qui me serait envoyé sur une adresse de messagerie électronique. Oui/Non

Je reconnais avoir pris connaissance du présent document et en disposer d'un exemplaire.

Je certifie sincères et véritables les informations données et reconnais avoir été informé(e) qu'à défaut je ne pourrai me prévaloir d'un conseil non adapté à ma situation.

Je déclare avoir reçu une information claire et compréhensible sur l'étendue et la définition de la garantie, ainsi que les modalités pour renoncer ou résilier le contrat proposé.

Le présent document est établi conformément aux dispositions du code de la mutualité.

Fait le :

Signature :

### **4. Réclamations**

Pour toute réclamation liée à la distribution des offres proposées, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la mutuelle. À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle en accusera réception dans un délai de 15 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai).

En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception. En cas de désaccord sur la réponse donnée, le bénéficiaire peut saisir le/la Président/te de la mutuelle du CHU et Hôpitaux du Puy-de-Dôme.

En application et dans les conditions de l'article 76 « Médiation » des statuts, pour une réclamation liée à la distribution des offres proposées, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur, dans un délai d'un an à compter de toute réclamation écrite à son interlocuteur habituel ou à la mutuelle, en écrivant à l'adresse suivante :

- Postale : Mutuelle du CHU et Hôpitaux du Puy de Dôme, 2 Rue Toussaint Louverture, 63100 Clermont-Ferrand.
- Mail : [mutuelle.chu63@harmonie-mutuelle.fr](mailto:mutuelle.chu63@harmonie-mutuelle.fr)
- Site internet : [www.mutuelle-chu-63.fr](http://www.mutuelle-chu-63.fr)