

RÉSERVÉ À
L'ADMINISTRATION

DS 07

DS 15

J'adhère à la garantie : CENTAUREA 100 CENTAUREA 150 CENTAUREA 200 CENTAUREA 300

J'adhère à la Surcomplémentaire «CENTAUREA SURCO» : OUI NON

Date d'effet du contrat : __ / __ / ____

Votre situation : Salarié TNS Retraité

Situation de votre conjoint(e) : Salarié TNS Retraité

Régime fiscal Madelin : Oui Non

SOUSCRIPTEUR ET BENEFICIAIRES (CONJOINT OU CONCUBIN* OU PARTENAIRE LIÉ PAR LE PACS)**

MME M. Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____@_____ Téléphone (fixe / portable) : ____/____/____/____/____

Heures d'appels disponibles : _____

	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° D'ASSURÉ(E) SOCIAL(E) (pour les enfants, précisez le numéro de Sécurité sociale de rattachement)	RÉGIME D'AFFILIATION (MSA, CPAM...)	RÉGIME Alsace- Moselle
Vous			__/__/____	_____		<input type="checkbox"/>
Conjoint(e) / Assimilée			__/__/____	_____		<input type="checkbox"/>
Enfant 1***			__/__/____	_____		<input type="checkbox"/>
Enfant 2			__/__/____	_____		<input type="checkbox"/>
Enfant 3			__/__/____	_____		<input type="checkbox"/>
Enfant 4			__/__/____	_____		<input type="checkbox"/>

* Fournir une attestation délivrée par la mairie, une copie du livret de famille en cas d'enfant en commun ou, à défaut une déclaration sur l'honneur avec une justification du domicile commun. ** Fournir une attestation de moins de 3 mois délivrée par le Greffe du Tribunal d'instance du lieu de naissance. *** Les enfants figurant sur l'attestation Sécurité sociale du salarié ou de son conjoint/concubin/partenaire lié par un PACS, les enfants de moins de 27 ans poursuivant leurs études et inscrits à la Sécurité Sociale (régime des étudiants).

MONTANT DE LA COTISATION MENSUELLE : _____ € TTC.

MODE DE RÉGLEMENT

Prélèvement automatique mensuel

Paiement par chèque : Trimestriel Annuel

PIÈCES À JOINDRE

- Un Relevé d'Identité Bancaire, postal ou de Caisse d'Épargne du souscripteur
- Une photocopie de la pièce d'identité (CNI ou passeport en cours de validité) du souscripteur
- Une photocopie de l'attestation d'Affiliation à l'Assurance Maladie (pour chaque bénéficiaire inscrit sur le présent bulletin d'adhésion et datant de moins de 3 mois).

Dossier complet à transmettre à : Diffusion Santé et Assurances - 470 rue des Grillères, 01580 Matafelon-Granges.

J'ai pris bonne note que le reflet de nos décomptes Sécurité Sociale transitera entre les CPAM et Henner / GMC par télétransmission selon la procédure « NOEMIE ». J'ai la faculté de refuser cette procédure en le notifiant par écrit sur papier libre joint avec le présent document. Je certifie l'exactitude des déclarations ci-dessus qui serviront de base à l'affiliation.

Date* et signature précédées de la mention « Lu et approuvé »

Cachet de votre conseiller

(*) En vertu de l'article L. 112-2-1 du Code des Assurances, vous disposez d'un délai de 14 jours francs pour exercer votre droit à renoncer à la souscription de vos contrats souscrits sur internet ou par téléphone, sans avoir à vous justifier. Si ce délai se termine un samedi, un dimanche ou un jour férié, vous avez alors jusqu'au jour suivant ouvrable. Ce délai court à partir de la date de souscription du présent contrat. Attention : ce droit ne peut plus être ouvert si l'exécution de la prestation du service d'assurance a commencé avant la fin de ce délai de 14 jours (article L 121-20-2 du code de la consommation), c'est-à-dire si des prestations ont déjà été versées au titre du contrat. Un modèle de lettre de renonciation figure dans la notice d'information qui vous est remise lors de l'adhésion.

Informations sur le calcul des ratios prestations sur cotisations et des frais de gestion de la mutuelle

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 la Mutuelle 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.

Prestations sur cotisations : 77,33 %

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.

Frais de gestion : 18,11 %

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.

Protection des données personnelles

Les informations recueillies relatives aux données personnelles font l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la passation, la gestion, au suivi et à l'exécution du contrat. Les données personnelles peuvent également être utilisées pour des actions de fidélisation et pour améliorer la qualité de service par le biais d'enquêtes de satisfaction. Les destinataires des données sont la Mutuelle en sa qualité de Responsable de traitement des données, son gestionnaire, ses partenaires (courtiers, réassureurs) et ses sous-traitants, ainsi que le cas échéant, les organismes de Sécurité sociale et professionnels de santé. Vous êtes également susceptibles de recevoir des offres commerciales de la part de la Mutuelle, sauf opposition de votre part, pour des produits et des services analogues. En aucun cas, les données personnelles ne seront transmises à des organismes tiers en vue de démarches commerciales. En outre, les informations recueillies pourront être également utilisées dans le cadre des opérations de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, ainsi que la lutte contre la fraude, conformément à nos obligations légales. Ces informations sont conservées pendant le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de conservation et de prescription légaux. Les données personnelles des prospects qui n'ont pas conclu de contrat, sont conservées pendant trois ans maximum. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données (UE) européen 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD), vous bénéficiez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'information sur les données collectées, d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement ou de limitation du traitement ainsi que d'un droit de retrait du consentement et, pour motifs légitimes, d'opposition aux informations qui vous concernent, droit qui peut être exercé par courriel : delegue-protection-donnees@mutualia.fr ou par voie postale : Mutualia - Protection des données personnelles - 19 rue de Paris - 93013 BOBIGNY. Une réponse vous sera apportée dans un délai d'un mois suivant la réception de votre demande. Vous disposez également d'un droit à réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <https://www.cnil.fr/fr/plaintes>. Vous avez également la possibilité d'effectuer un recours juridictionnel.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations précitées et je consens à la collecte et au traitement des données personnelles tels que défini dans le cadre de ce bulletin :

Si vous souhaitez recevoir les offres commerciales de nos partenaires, pour des produits et services analogues, merci de cocher cette case :

Si vous ne souhaitez pas recevoir des offres commerciales de MUTUALIA, merci de cocher cette case :

Mandat de prélèvement SEPA CORE

En signant ce mandat :

- vous autorisez (A) MERCER (France) SAS, agissant d'ordre et pour compte de votre assureur, à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MERCER (France) SAS. 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,
- vous acceptez de réduire le délai de notification préalable, initialement fixé à 14 jours, et ainsi de recevoir une notification préalable dans un délai de 5 jours calendaires avant la date d'échéance du prélèvement SEPA.

Prière de renvoyer cet imprimé à l'adresse de votre centre de gestion, en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou Postal (RIP) ou de Caisse d'Epargne (RICE).

Renseignements sur le payeur

M. Mme Prénom* Nom*

Adresse*

Code postal* Ville*

Pays*

Coordonnées bancaires

IBAN*

BIC* (entre 8 et 11 caractères)

Renseignements sur l'assuré (si différent du payeur)

M. Mme Prénom* Nom*

Adresse*

Code postal* Ville*

Pays*

Fait à Le

Signature*

Renseignements sur le créancier

Nom du créancier MERCER (France) SAS
 I.C.S. FR96ZZZ404809
 Adresse Tour Ariane
 5 place de la Pyramide
 92800 Puteaux

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client et sont conservées le temps de la durée contractuelle augmentée des délais légaux de prescription. Ces données sont à l'usage exclusif du porteur de risques, du gestionnaire et/ou de l'intermédiaire en assurances du contrat. Conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles, vous disposez sur vos données des droits suivants : d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation et à la portabilité que vous pouvez exercer en vous adressant directement au service du Délégué à la Protection des Données de Mercer : par mail à DPD@mercer.com ou par voie postale à Délégué à la Protection des Données de Mercer (France) - Tour Ariane - 5, Place de la Pyramide - 92 800 PUTEAUX. En cas de désaccord persistant, la CNIL peut être saisie à partir de son site internet www.cnil.fr. Les informations recueillies lors de la souscription et la gestion de ce contrat peuvent être utilisées dans le cadre de la LCB-FT. La personne concernée dispose d'un droit d'accès qui s'exerce auprès de la CNIL (article L561-45 du C.M.F.).

Partie réservée à l'usage du centre de gestion de Mercer

Cachet de réception

Centre de gestion Tour Ariane

N° interne de l'assuré

DOCUMENT D'ENTREE EN RELATION
Courtier exerçant selon les modalités de l'article L.521-2 II b) du code des assurances

1) PRESENTATION DU COURTIER

La SARL DIFFUSION SANTE au capital de 15160 euros dont le siège social est sis 470 Route des Grillères 01580 MATAFELON GRANGE et immatriculée sous le numéro RCS 409 261 773 à Bourg en Bresse. Le cabinet est joignable à contact@diffusionsante.com ou par téléphone au 0385677660.

Immatriculée à l'ORIAS dans la catégorie «Courtier d'assurance» sous le numéro 07004490 (www.orias.fr - 1 Rue Jules Lefebvre, 75009 Paris).

Coordonnées de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution : 4 Place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

Dans le cadre de son activité, le Cabinet DIFFUSION SANTE a souscrit une assurance de responsabilité civile n°HYAIF16ADLARG-2003 ainsi qu'une garantie financière n°HYAIF16ADLARG-2003 auprès de la Compagnie LLOYD'S.

2) INFORMATIONS PREALABLES A LA FOURNITURE DU CONTRAT

Le Cabinet DIFFUSION SANTE n'est pas soumis à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec une ou plusieurs compagnies d'assurance mais son analyse se fonde sur un nombre restreint de contrats d'assurances présents sur le marché. Ses partenaires assureurs sont : GROUPAMA, AXA, GENERALI, MMA, NETVOX, SPRINGASSUR, ZEPHIR, EURODOMMAGES, CORIM ASSURANCES, ENTORIA, GROUPAMA, ZURICH, REPAM, IASSURE.

Pour la distribution de ce contrat, le cabinet est rémunéré sur la base :

D'une commission c'est-à-dire une rémunération incluse dans la prime d'assurance

En sus de notre obligation générale de conseil, nous sommes en mesure de **vous proposer un service de recommandation personnalisée**.

En cas de **réclamation** vous pouvez vous adresser à **Cabinet DIFFUSION SANTE, SERVICE RECLAMATIONS, 470 Route des Grillères, 01580 MATAFELON GRANGE, Tél: 0385677660, courriel contact@diffusionsante.com**.

En cas d'échec de votre réclamation, vous pouvez vous adresser au **Médiateur de l'Assurance** par courrier à La Médiation de l'Assurance, Pôle CSCA, TSA 50110 75441 Paris CEDEX 09, ou par mail : le.mediateur@mediation-assurance.org.

Remis au client le [date]

Fait en deux (2) exemplaires

Le Client
Nom du Client / Raison Sociale

Le Courtier
représenté par [désignation représentant]

Recueil des besoins

Informations et conseil santé

Ce document est établi conformément à la réglementation sur l'intermédiation (notamment les articles L 520-1 et R 520-2 du code des assurances). Vous pouvez sur simple demande, obtenir par courrier ou courriel le nom des Sociétés d'assurances avec lesquelles votre courtier travaille. Dans la catégorie dans laquelle travaille le Courtier, celui-ci ne produit pas une analyse du marché et ne peut donc offrir au client la meilleure offre du marché.

➔ Cabinet :

Dénomination sociale :

Adresse :

Courriel :

RCS :

Orias : (consultable sur le site de l'Orias : www.orias.fr)

Téléphone :

➔ Conseiller :

Nom :

Agissant en qualité de :

Téléphone :

➔ Identité du client :

Nom et prénom du client :

Adresse :

Code postale et ville :

Courriel :@.....

Téléphone : / / / /

Situation familiale :

Date de naissance : / /

Situation professionnelle :

➔ Liste des personnes à assurer :

	Nom	Prénom	Né(e) le	N° de sécurité sociale	Régime	N° affiliation
Assuré						
Conjoint						
Enfant 1						
Enfant 2						
Enfant 3						
Enfant 4						



Recueil des besoins :

➤ Soins courants : Les médecins que vous consultez pratiquent des dépassements d'honoraires :

Jamais Parfois Souvent

➤ Hospitalisation : Vous souhaitez que les dépassements d'honoraires des chirurgiens et anesthésistes soient :

A votre charge En partie pris en charge En majorité pris en charge

➤ Dentaire : Vos besoins sont :

Faibles (soins classiques) Normaux (1 à 2 prothèses / an) Forts (prothèses et implants)

➤ Optique : Vous portez des lunettes et :

Acceptez un reste à charge Souhaitez réduire au maximum le reste à charge

➤ Médecine douce : Vous consultez des professionnels tels que chiropracteurs, ostéopathes...de manière :

Ponctuelle Occasionnelle Régulière

➤ Quel est le budget mensuel de cotisation fixé ?€

➤ Avez-vous un besoin spécifique à développer ?

.....

➔ Produit conseillé :

A l'issue de l'entretien de recueil des besoins et du présent document, il est proposé et recommandé au client le(s) produit(s) suivant(s) :

A l'issue de l'entretien, je soussigné.....retient le produit suivant :au motif que les garanties et caractéristiques de ce produit me conviennent et correspondent le mieux à mes besoins.

Je reconnais avoir pris connaissance de ce document et l'avoir complété avant l'établissement de mon contrat.

Je reconnais que des précisions ont été apportées sur les garanties, les tarifs ainsi que le porteur de risques concernant le produit conseillé.

Fait le / /, à

Signature conseiller	Signature client
----------------------	------------------

ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutualia Territoires Solidaires . Mutuelle immatriculée en France, sous le numéro SIREN 449 571 256. Soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité.

Produit : CENTAUREA (CENTAUREA 100 à CENTAUREA 300)



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Les informations complètes sur l'offre sont présentées dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit **CENTAUREA** a pour objet de rembourser tout ou partie des frais de santé engagés par l'adhérent ou ses ayants droit en cas de maladie, d'accident ou de maternité. Il intervient en complément d'un régime obligatoire d'Assurance maladie (RO) et le cas échéant, pour couvrir des garanties non prises en charge par le RO. Les formules « CENTAUREA 100 à 300 » sont « **solidaires et responsables** »



Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des **plafonds** qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent dépasser les frais réellement engagés et une somme peut rester à votre charge.

Les garanties systématiquement prévues :

Les montants des prestations sont soumis à des **plafonds**. Ils ne peuvent dépasser les frais réellement engagés et une somme peut rester à votre charge.

- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, actes d'imagerie et d'échographie, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire médicaments PEC RO, matériel médical PEC RO, transport PEC RO
- ✓ **Hospitalisation secteur conventionné** : honoraires (médicaux, chirurgicaux, actes techniques et cliniques), hospitalisation à domicile, frais de séjour, forfait journalier,
- ✓ **Hospitalisation secteur non conventionné** : honoraires.
- ✓ **Optique** : équipements 100% santé et à tarifs libres, lentilles PEC RO (y compris jetables), autres prestations optiques 100% santé et à tarifs libres.
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses 100% santé, Actes de stomatologie, soins et prothèses PEC RO ne relevant pas du dispositif 100% santé, prothèses non PEC RO orthodontie PEC RO
- ✓ **Aides auditives** : équipements 100% santé et équipements à tarifs libres, accessoires PEC RO.
- ✓ **Prévention** : actes de prévention pris en charge par le RO

Les services systématiquement prévus :

- ✓ **Réseau de soins optique carte blanche**
- ✓ **Mutualia Assistance** : assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation (aide-ménagère, livraison de médicaments, garde d'enfant, etc.)

Les garanties complémentaires à partir de la formule CENTAUREA 150

Soins courants : Médicaments non pris en charge par le RO

Optique : Chirurgie Réfractive

Hospitalisation : Chambre Particulière avec nuitée et en ambulatoire,

Dentaire : Implantologie, Parodontologie Non PEC RO

Cures thermales PEC RO: soins, forfait thermal, hébergement et transport

Prévention : Dépistage prostate, Ostéodensitométrie

Bien-Etre : Médecines Douces, analyses et radios non PEC RO

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement proposées par le contrat, quelle que soit la formule souscrite.



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins et frais réalisés avant la prise d'effet du contrat et après sa date de résiliation
- ✗ Les prestations non prises en charge par l'assurance maladie et non expressément prévues dans le tableau des garanties



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Les principales exclusions du contrat

! La participation forfaitaire et les franchises prévues sur les médicaments, les transports, les actes médicaux et paramédicaux

! Les majorations de participation appliquées par l'Assurance maladie pour non-respect du parcours de soins.

! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérent pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Les principales restrictions :

! **Soins courants** : Consultations et visites en secteur non conventionné : limité à 100% BR

! **Chambre particulière avec nuitée**: La prise en charge de la chambre particulière est illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale en secteur conventionné, et limitée à 30 jours pour toutes les autres situations (psychiatrie...)

! **Hospitalisation secteur Non conventionné** : honoraires limités à 100% BR

! **Equipements optiques** : limité à un équipement composé de deux verres et une monture, par période de 2 ans. Cette période est réduite à 1 an en cas d'évolution de la vue et pour les enfants de moins de 16 ans et à 6 mois pour les enfants de moins de 7 ans, en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

! **Lentilles PEC RO** : Forfait par année civile, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.

! **Equipements audioprothèse** : prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans.

! **Forfait bien-être**: forfait annuel à utiliser librement, sur les différents actes, dans la limite du forfait.



Où suis-je assuré ?

- ✓ En France et à l'étranger
- ✓ Dans le cas où les soins sont dispensés à l'étranger, le contrat intervient uniquement dans les cas et sur la base de remboursement d'un régime d'assurance maladie obligatoire.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties, de leur nullité ou de non couverture, vous devez :

A la souscription du contrat

- Renseigner avec exactitude et précision toutes les informations demandées sur le bulletin d'adhésion et nécessaires à la mise en œuvre de la garantie choisie
- Fournir tout document justificatif demandé par votre gestionnaire HENNER
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat

En cours de contrat

- Payer les cotisations
- Déclarer au gestionnaire HENNER les événements suivants dans un délai de 3 mois :
 - changement de situation : changement de situation familiale (mariage, naissance, séparation, décès, divorce, concubinage, PACS), changement de régime de base de sécurité sociale ou de régime local d'assurance maladie complémentaire (Alsace-Moselle), appartenance à une autre mutuelle à titre obligatoire, changement d'adresse ou de compte bancaire
 - changement de situations personnelles, cessation d'activité, perte d'emploi, départ à la retraite, etc.

En cas de sinistre

- Fournir les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations
- Faire parvenir les demandes de remboursement dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de réalisation de l'acte



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont annuelles. Elles sont payables d'avance (à terme à échoir), par chèque ou par prélèvement sur votre compte bancaire annuellement ou par fractionnement mensuel



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- L'adhésion prend effet le 1er jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion ou à une date ultérieure fixée sur ce bulletin. L'adhésion est valable pour l'année civile, même pour les personnes adhérant en cours d'année. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.
- Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet de l'adhésion fixée au bulletin d'adhésion et prennent fin à la date de résiliation du contrat.



Comment puis-je résilier mon contrat ?

Résiliation annuelle

Le contrat peut être résilié annuellement par l'envoi d'un courrier recommandé au siège de DIFFUSION SANTE, 470 Rue des Grillères, 01580 Matafelon-Granges

- Avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 1er janvier qui suit ;
- Selon les dispositions prévues aux articles L221-10-2 et L221-10-3 du code de la mutualité, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première adhésion, la résiliation prend effet un mois après que la Mutuelle en ait reçu notification, par lettre simple ou tout autre support durable..
- Un droit de renonciation est possible en cas de vente à distance ou de démarchage dans les conditions et délais prévus au sein de votre contrat.