

BULLETIN D'ADHÉSION GAMME ATOUT SANTÉ VITALITÉ

(*) : informations obligatoires pour l'enregistrement de votre dossier



Cadre réservé à BPCE Mutuelle - 20210101
2021-BA-ASVE2-ASVO2-ASVP2-RG-RL-RM

1 ÉTAT CIVIL (à compléter impérativement en majuscules)

Nom*:		Prénom*:		Numéro d'adhérent	
Né(e)*:					
Adresse*:					
Code Postal*:		Ville*:			
Tél. domicile:		Tél. professionnel:		Tél. portable:	
Adresse mail:		@			

2 GARANTIE (J'indique mon choix)

JE SOUHAITE SOUSCRIRE À LA GARANTIE ASV :

Je coche la case correspondante à mon choix

☐ ESSENTIEL ☐ OPTIMUM ☐ PREMIUM

OU

JE SOUHAITE CHANGER DE GARANTIE ASV :

Je suis déjà adhérent d'une garantie ASV. J'indique mon nouveau choix.

☐ ESSENTIEL ☐ OPTIMUM ☐ PREMIUM

3 BÉNÉFICIAIRE(S) DE LA GARANTIE Les personnes à garantir sont* :

	Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe (1)	Numéro d'Assurance Maladie (présent sur votre attestation de carte vitale)	Caisse de régime obligatoire (2)	Télétransmission avec le régime obligatoire (3)
Adhérent					Régime Alsace-Moselle ☐ OUI ☐ NON		OUI ☐ NON ☐
Conjoint (4)					Régime Alsace-Moselle ☐ OUI ☐ NON		OUI ☐ NON ☐
Enfant 1 (4)					Régime Alsace-Moselle ☐ OUI ☐ NON		OUI ☐ NON ☐
Enfant 2 (4)					Régime Alsace-Moselle ☐ OUI ☐ NON		OUI ☐ NON ☐
Enfant 3* (4)					Régime Alsace-Moselle ☐ OUI ☐ NON		OUI ☐ NON ☐

(1) Féminin = F - Masculin = M

(2) Recopier les codes de la zone "organisme gestionnaire" figurant sur votre attestation de carte Vitale

(3) À défaut de réponse les échanges avec votre régime obligatoire ne seront pas activés

(4) tel que défini dans le règlement mutualiste

(*) Si vous avez plus de 3 enfants, merci d'indiquer les éléments sur papier libre et les joindre au présent bulletin.

La cotisation mensuelle qui sera prélevée est déterminée en fonction de mon âge et du nombre de bénéficiaires affiliés.

Je souhaite que la date d'adhésion soit fixée au 1^{er} / /

(L'adhésion est constatée par signature du présent bulletin et prend effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant sa réception par les services de BPCE Mutuelle)

4 GESTION DE VOS REMBOURSEMENTS et DÉCLARATION D'UN AUTRE ORGANISME COMPLÉMENTAIRE

L'activation des échanges informatiques ne peut être faite qu'avec un seul organisme complémentaire (mutuelle, assureur, ...)

Je soussigné(e) atteste :

- ne pas bénéficier d'une autre complémentaire santé : ☐ OUI ☐ NON
- que mon conjoint/conjointe ne bénéficie pas d'une autre complémentaire santé : ☐ OUI ☐ NON
- que mes enfants ne bénéficient pas d'une autre complémentaire santé : ☐ OUI ☐ NON

Dans le cadre d'une autre complémentaire santé, merci d'adresser à BPCE Mutuelle l'attestation d'affiliation de cet organisme complémentaire précisant la date d'affiliation de chacun des bénéficiaires. Je m'engage à informer BPCE Mutuelle de toute nouvelle souscription auprès d'un autre organisme complémentaire, effectuée par l'un de mes ayants droit ou moi-même en cours de contrat.

5 LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES OBLIGATOIRES À FOURNIR :

ADHÉRENT :

- ☐ Bulletin d'adhésion complété, daté et signé
- ☐ Une copie de l'attestation de Sécurité sociale en cours de validité
- ☐ Une copie d'une pièce d'identité recto-verso en cours de validité (Carte nationale d'identité, passeport)
- ☐ Une copie d'un justificatif de domicile de moins de trois mois (facture de gaz, électricité, eau, téléphone, abonnement internet, taxe d'habitation)
- ☐ Mandat de prélèvement SEPA complété, daté et signé *
- ☐ Relevé d'identité bancaire *

BÉNÉFICIAIRES :

- ☐ Une copie de l'attestation de Sécurité sociale en cours de validité pour chaque bénéficiaire de la garantie
- ☐ Pour les enfants de plus de 18 ans, un justificatif de situation (étudiant, apprenti, demandeur d'emploi, handicapé), avis d'imposition
- ☐ Pièce justificative de mariage ou PACS ou concubinage (certificat de mariage / convention de PACS / livret de famille / attestation concubinage + justificatif de domicile en commun)

* En cas de changement de garantie uniquement en cas de changement de situation de vos données bancaires ou validité du mandat de plus de 3 ans.

6 DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

En remplissant le mandat de prélèvement SEPA, ci-joint,

- j'autorise BPCE Mutuelle à prélever les cotisations sur mon compte bancaire.
- Je certifie relever ainsi que mes ayants droits d'un régime d'assurance maladie obligatoire français.
- Je reconnais être informé(e) que la garantie souscrite ne relève pas des dispositions de l'article 4 de la Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite «Loi Evrin». Je reconnais avoir pris connaissance du règlement mutualiste qui définit le contenu et la durée de mon engagement avec BPCE Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.
- Je certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées au présent bulletin d'adhésion. J'ai bien noté que toute réticence ou fausse déclaration entraîne la nullité de mon adhésion et de celle de mes ayants droit.

Le changement du niveau de garantie est possible après une période d'adhésion minimale de 12 mois et prend effet au 1^{er} janvier suivant la réception de ma demande par BPCE Mutuelle.

Fait à : / /

le : / /

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

PRÉCÉDÉE DE LA MENTION
«LU ET APPROUVÉ»

BPCE Mutuelle vous remercie du soin apporté à remplir ce bulletin

Le dossier complet doit être retourné à l'adresse suivante :

BPCE MUTUELLE - 7 rue Léon Patoux - CS 51032 - 51686 REIMS CEDEX 2

7 RECUEIL DU CONSENTEMENT

Acceptez-vous que les informations concernant vos garanties vous soient transmises par mail ?

OUI ☐ NON ☐

Les informations concernant vos garanties vous seront alors envoyées par courriel et non par courrier postal.

L'inscription au service de décompte dématérialisé des prestations s'effectue quant à elle exclusivement à partir de votre espace personnel www.bpcemutuelle.fr - Vous pouvez vous inscrire et vous désinscrire à tout moment.

Les consentements sont modifiables sur notre site internet dans votre espace personnel

Merci de renseigner votre adresse mail pour cet envoi si différente de celle indiquée dans l'état civil

Adresse mail : @

8 PROTECTION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

La politique de protection des données de BPCE Mutuelle est consultable à l'adresse suivante :

<https://www.bpcemutuelle.fr/adherent/page-CGU-RGPD>

Les données personnelles seront conservées pendant la durée nécessaire à la gestion des prestations garanties puis seront archivées provisoirement jusqu'à expiration des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés et au Règlement (UE) 2016/679 (RGPD), vous disposez du droit d'accès à vos données personnelles, ainsi que du droit de rectification, d'opposition à l'utilisation des données, de limitation des données et de portabilité.

Pour tout motif relatif à vos droits dans le cadre de la protection des données personnelles, le Délégué à la Protection des Données (DPO) peut être contacté à : DPO@eps.caisse-epargne.fr ou à : DPO - BPCE Mutuelle - 7 Rue Léon Patoux - CS 51032 - 51686 REIMS CEDEX 2.

Pour tout motif de correspondance qui ne relève pas de la protection des données personnelles, nous vous remercions d'utiliser l'adresse du service de gestion : bpcemutuelle@eps.caisse-epargne.fr ou l'adresse postale : BPCE Mutuelle - 7 Rue Léon Patoux - CS 51032 - 51686 REIMS CEDEX 2.

9 MIEUX COMPRENDRE LA TÉLÉTRANSMISSION

Les avantages :

Le système d'échange informatisé Noémie (télétransmission) est un échange d'information entre les caisses d'assurance maladie et BPCE Mutuelle. Il permet d'assurer des remboursements de frais médicaux dans un délai très rapide puisque les décomptes de l'assurance maladie sont directement transmis à BPCE Mutuelle.

Lorsque la télétransmission est mise en place, l'information est précisée sur votre décompte de l'assurance maladie.

→ www.ameli.fr dans votre espace « Compte Ameli »

Pour les soins non télétransmis (qui ne bénéficient pas de remboursement de la part de l'assurance maladie), les factures sont à transmettre directement à BPCE Mutuelle.

→ www.bpcemutuelle.fr/sante.aspx

Dans les cas suivants, les échanges Noémie ne peuvent pas être mis en place :

- Si vous avez déjà un autre organisme de santé complémentaire avec lequel la télétransmission est déjà mise en place.
- Si votre régime d'assurance maladie n'a pas signé de convention avec BPCE Mutuelle.

GAMME ATOUT SANTÉ VITALITÉ DES GARANTIES ÉVOLUTIVES POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE CHACUN

ASV Essentiel

ASV Optimum

ASV Premium

LES AVANTAGES DE BPCE MUTUELLE

UNE OFFRE COMPLÈTE ET ÉVOLUTIVE	Médecine courante, hospitalisation, dentaire, optique, ..., en conformité avec la réglementation des contrats responsables.
UNE PRISE EN CHARGE IMMÉDIATE	dès la prise d'effet de votre adhésion, sans délai de carence.
LE TIERS PAYANT ÉTENDU À DE NOMBREUSES GARANTIES	dont l'optique et le dentaire grâce à BPCE Mutuelle et au réseau de soins  , vous évitant l'avance de frais et vous permettant de maîtriser votre reste à charge.
LA TÉLÉTRANSMISSION	entre la Sécurité sociale et BPCE Mutuelle pour un REMBOURSEMENT RAPIDE sans envoi des justificatifs des dépenses de santé. Pour l'activer, il suffit de nous transmettre l'attestation de droits Sécurité sociale.
LA GARANTIE ASSISTANCE	si vous avez besoin d'une aide-ménagère, d'un portage de médicaments, ... en cas d'hospitalisation (prévue ou non), d'immobilisation ou de chirurgie ambulatoire, pensez à solliciter IMA Assistance au 05 49 76 97 59 . Les conseillers sont à votre écoute 24h/24 et 7j/7 pour étudier une intervention et vous proposer les garanties adaptées à vos besoins selon votre situation.
WWW.BPCEMUTUELLE.FR	Consultez sur votre espace personnel : www.bpcemutuelle.fr • le suivi de vos remboursements, • les décomptes dématérialisés, • la géolocalisation des professionnels de santé, • les devis en ligne ...
LA GESTION ET VOS GARANTIES	est traitée en interne par une équipe de professionnels expérimentés.