

# DEMANDE D'ADHÉSION GARANTIE SANTÉ SENIOR

INFORMATIONS OBLIGATOIRES à compléter et à renvoyer à :

**Centre de Gestion SANTÉ IRCEM - Libre Réponse 95541 - 13395 MARSEILLE CEDEX 10**  
**SANS AFFRANCHIR**, accompagné des documents indispensables au dossier.Pour vous accompagner dans cette démarche, contactez-nous :  **0 980 980 390** (appel non surtaxé).

## > VOUS, L'ASSURÉ (MEMBRE PARTICIPANT)

N° de Sécurité sociale :               Date de naissance :

Nom :  Prénom(s) :

Et pour les femmes mariées, Nom de jeune fille :

Adresse :

Code Postal :  Localité :

Téléphone :  e-mail :

Situation de famille :  marié(e)  célibataire  divorcé(e)  veuf(ve)  séparé(e)  concubin(e)  partenaire pacsé(e)

Je n'ai pas de mutuelle  J'ai une mutuelle et je m'engage à faire adresser à l'IRCEM-Mutuelle un certificat de radiation (avec les garanties détaillées) de mon ancienne mutuelle.

Date de radiation prévue :       Date d'adhésion souhaitée :

## > VOTRE CONJOINT À GARANTIR

**CONJOINT** Nom :  Prénom(s) :

Date de naissance :       N° de Sécurité sociale :

## > VOTRE FORMULE

Cochez le niveau choisi :

 Niveau 1 : **Essentiel**  Niveau 2 : **Économique**  Niveau 3 : **Renforcé**  Niveau 4 : **Confort**

## > PÉRIODICITÉ DE PRÉLÈVEMENT BANCAIRE

Cochez la périodicité choisie pour le paiement de vos cotisations :

 Prélèvement **mensuel**  Prélèvement **trimestriel****N'oubliez pas de compléter et de signer le mandat de prélèvement SEPA ci-dessous.****Tournez** 

## Mandat de prélèvement SEPA : Prélèvement récurrent

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez IRCEM Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de IRCEM Mutuelle. Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

### TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom  Prénom

Adresse

Code Postal  Ville  Pays

### N° DE COMPTE BANCAIRE

IBAN /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  / BIC /  /

A  Le  /  /

Signature

### CADRE RESERVE A L'IRCEM

**ORGANISME CREANCIER : IRCEM Mutuelle - 261, avenue des Nations Unies - BP 593 - 59060 Roubaix Cedex 1**  
**Identifiant Créancier SEPA : FR03ZZZ463713 Référence unique du mandat<sup>(1)</sup> :**

### TRÈS IMPORTANT

Complétez intégralement sans rature ce mandat de prélèvement et signez-le. Joignez-y obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire.

(1) La référence unique du mandat (RUM) sera communiquée ultérieurement dans le relevé bancaire du titulaire du compte à débiter.

## > VOS SERVICES EGARESO

Votre contrat inclut les services d'un réseau de soins optique « Kalixia Optique », ainsi que d'un réseau de soins en audioprothèse « Kalixia Audio ». Ces réseaux favorisent l'accès à des équipements de qualité, avec une véritable maîtrise du reste à charge, voire sans reste à charge sur un certain nombre d'équipements d'optique. Ils vous permettent de bénéficier de conseils personnalisés pour le choix d'un équipement adapté à vos besoins au meilleur rapport qualité/prix ainsi que du tiers payant auprès de nos opticiens / audioprothésistes partenaires.

De même vous bénéficiez du service d'analyse de devis EGARESO, vous pouvez accéder à ce service en optique, aide auditive ainsi qu'une estimation de vos remboursements avant d'engager une dépense de santé. A ce titre, vous notez que des données vous concernant et concernant les éventuels membres de votre famille garantis par la présente adhésion seront transmises au service EGARESO afin de lui permettre de répondre à vos demandes par notre intermédiaire et autorise par conséquent :

- IRCEM Mutuelle à transmettre à EGARESO la copie des remboursements effectués en votre faveur et en faveur des autres personnes garanties par la présente adhésion, pour des actes de soins ayant fait l'objet d'un devis concernant des frais d'optique ou relatif à des audioprothèses,
- EGARESO à saisir et analyser les données que vous-même et les personnes garanties par la présente adhésion lui transmettez et à les conserver dans le respect des dispositions légales en vigueur,
- Et à transmettre à IRCEM Mutuelle et ce, selon la codification de la Sécurité sociale uniquement, la caractéristique des actes figurant sur les devis soumis à EGARESO (ainsi que le montant des frais indiqués).

## > MODALITÉS D'ADHÉSION

Je certifie sincères et véritables les renseignements indiqués sur cette demande adhésion. Je reconnais avoir pris connaissance, préalablement à l'adhésion à la garantie proposée, des documents et informations suivants : le Règlement Mutualiste de la garantie, le questionnaire d'évaluation des besoins, les cotisations et garanties applicables et le document d'information sur le produit d'assurance.

Votre adhésion devient effective au premier jour du mois civil suivant la réception de votre dossier complet d'adhésion.

A \_\_\_\_\_

Signature du membre participant (assuré)

Le



Nous vous invitons à compléter les informations afin de nous permettre d'établir votre contrat. Ces informations sont obligatoires. Ces données à caractère personnel collectées sont destinées à l'IRCEM Mutuelle, aux entités composantes du Groupe IRCEM, ainsi qu'à ses partenaires contractuellement liés. Elles sont conservées pour une durée qui n'excède pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées. Ce traitement est fondé sur l'exécution de votre contrat.

Conformément à la législation en vigueur relative à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement aux données personnelles vous concernant, ainsi que d'un droit d'opposition et de limitation à leurs traitements. Si vous souhaitez exercer vos droits, vous pouvez écrire, à l'attention du Délégué à la protection des données, au Groupe IRCEM – Direction Conformité et communication institutionnelle, 261 avenue des Nations Unies, 59672 Roubaix Cedex 1, en indiquant vos nom, prénom, adresse, email et si possible votre référence client afin d'accélérer la prise en compte de votre demande. Pour toute question relative à la gestion de vos données personnelles au sein du Groupe IRCEM, vous pouvez adresser un email à l'adresse suivante: dpo@ircem.org, ou contacter la CNIL pour toute réclamation. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données et de vos droits, consultez le Règlement mutualiste.

Informations relatives aux frais de gestion au titre de la garantie santé pour 2020 :

1) Ratio Prestations versées / Cotisations encaissées : 72,5 %

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 l'organisme assureur 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.

2) Ratio Frais de gestion / Cotisations encaissées : 11,1 %

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. 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.

## Pour résilier votre complémentaire santé actuelle à tout moment, en application du dispositif de résiliation santé Infra annuelle

Découpez, complétez et envoyez à votre assureur actuel, le modèle de notification de résiliation ci-contre.

Attention, la date de dénonciation de votre contrat prend effet au plus tôt un mois après la date de réception de la notification de résiliation infra-annuelle par votre assureur. Aussi, la date d'adhésion souhaitée à votre nouveau contrat, doit être située au minimum 1 mois et 2 jours après la date d'envoi de votre courrier de résiliation.

Exemple : si la notification de résiliation est envoyée le 12 décembre, veuillez indiquer une date de résiliation postérieure au 14 janvier (1 mois plus 2 jours d'acheminement postal).

Le dispositif de résiliation infra-annuelle n'est applicable que dans le cas où vous êtes assuré depuis plus d'un an chez votre assureur actuel.

Dans le cas contraire, vous avez la possibilité :

- D'attendre la date d'échéance annuelle de votre contrat, en respectant un délai de préavis de 2 mois avant la fin effective de votre contrat, pour envoyer votre demande de résiliation;
- D'envoyer votre courrier de demande de résiliation dans les 15 jours suivant la réception de votre avis d'échéance annuel, en application de la Loi Chatel.

Pour être accompagné(e) dans le cadre d'une demande de résiliation de votre complémentaire santé actuelle, nous vous recommandons de joindre un conseiller IRCEM Mutuelle en composant le **09 80 980 390** (appel non sur taxé).

DESTINATAIRE

(inscrivez ici les coordonnées de votre mutuelle ou compagnie d'assurance actuelle)

**Objet : Demande de résiliation infra-annuelle santé**

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) Mme, M. (Prénom) \_\_\_\_\_ (Nom) \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ et demeurant (adresse complète) \_\_\_\_\_

vous prie de résilier, dans le cadre de la résiliation infra-annuelle, mon contrat de complémentaire santé n° \_\_\_\_\_, à la date du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

Je vous remercie de bien vouloir traiter cette demande et de m'envoyer rapidement mon certificat de radiation.

Dans cette attente, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature :

## Récapitulatif des documents à envoyer pour toute souscription

- **La Demande d'Adhésion** complétée et signée
- **Le mandat de prélèvement SEPA** complété et signé, sans rature
- **Un relevé d'identité bancaire ou postal**
- **Une photocopie de votre attestation de droits de Sécurité sociale** et celle des membres de votre famille à garantir (joindre la copie de l'attestation, et non de la carte vitale)
- **Un certificat de scolarité** pour vos enfants de plus de 18 ans qui sont à garantir
- **UNIQUEMENT en cas de changement de Mutuelle : le certificat de radiation de votre précédente complémentaire santé** (avec le détail des garanties dont vous étiez bénéficiaire), s'il est déjà en votre possession.  
Si vous ne détenez pas encore ce certificat : envoyez-nous les autres documents en votre possession. Vous nous adresserez ce certificat ultérieurement.

Glissez tous ces documents dans une enveloppe, **SANS L'AFFRANCHIR**, et envoyez-la à l'adresse suivante :

**Centre de Gestion SANTÉ IRCEM**  
**Libre Réponse 95541 –**  
**13395 MARSEILLE CEDEX 10**