



## > VOS SERVICES KALIXIA

Votre contrat inclut un réseau de soins optique « Kalixia Optique », ainsi qu'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 pour de nombreux équipements d'optique.

Les professionnels de santé du réseau partenaire vous donnent l'économie réalisée sur le choix d'un équipement adapté à vos besoins à partir de votre carte de tiers payant. Vous pouvez facilement trouver un professionnel de santé conventionné au réseau et géographiquement proche de vous, à partir d'un lien de géolocalisation. Aujourd'hui, le réseau Kalixia compte plus de 5 000 centres d'audioprothèses et 7 000 opticiens partenaires.

Pour accéder aux services et informations KALIXIA, rendez-vous sur [www.kalixia.fr](http://www.kalixia.fr), ou bien directement chez votre professionnel de santé qui se connectera sur les outils mis à sa disposition.

Pour le traitement de vos devis contactez votre Centre de Gestion Santé par courrier, téléphone ou internet dont les coordonnées figurent au bas de ce document

## > 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](mailto: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 2022:

1) Ratio Prestations versées / Cotisations encaissées : 70,2 %

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 : 16,0 %

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**