



## BULLETIN D'ADHESION

Tél : 03 90 22 25 80  
Fax : 03 90 22 25 84  
Courriel : info.pmf@sfr.fr

### « ENTITÉ CFTC »

La Protection Mutuelle et Familiale est régie par les dispositions du Code de la Mutualité Livre II. Elle s'inscrit dans le « PARCOURS DE SOINS COORDONNES » et dans toutes les conditions prévues par la loi. Elle respecte l'ensemble des dispositions découlant de la législation des contrats dits "responsables et solidaires" et des dispositions du Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et complété par les décrets n° 2019-21 et 2019-65 de janvier 2019 (visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires). Elle s'inscrit également dans toutes les dispositions du Règlement Général de Protection des Données (RGPD).

### Composition de la famille

**Nom-Prénom**      **Date de Naissance**      **Situation familiale**      **Régime de S.S.**      **N° de Sécurité Sociale**

.....  
.....  
.....  
.....

### Adresse de domiciliation

N° ..... Rue : .....  
Code Postal ..... Ville .....  
N° de téléphone ..... Portable ..... Courriel .....  
Dénomination du Syndicat CFTC ..... Code INARIC: .....

Je sollicite l'adhésion à la **PROTECTION MUTUELLE ET FAMILIALE « Entité CFTC »** pour les personnes ci-dessus et m'engage à en respecter le Règlement Mutualiste et les Statuts.

Je reconnais avoir reçu, lors de ma souscription, la fiche d'information et de conseils élaborée lors de l'adhésion, le document d'information sur le produit d'assurance (IPID), la Charte concernant la politique de protection des données à caractère personnel (RGPD), le Règlement Mutualiste et le Tableau des Prestations.

**Date d'adhésion** : .../.../..... (Renouvellement annuel à l'échéance au 31 décembre par tacite reconduction). Pour un montant mensuel à l'adhésion de ..... **Euros**.

L'adhésion peut être dénoncée, sans frais ni pénalités, à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'adhésion. La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

### Garantie souscrite

Niveaux de garanties :	SIMPLE	NORMAL	AMÉLIORÉ	SUPÉRIEUR
<b>Cochez la garantie souscrite</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pièces à joindre obligatoirement :

- un relevé d'identité bancaire et le mandat de prélèvement dûment signé,
- une copie de l'attestation d'ouverture des droits du régime obligatoire de moins de 6 mois pour l'ensemble des assurés,
- une copie de la carte d'identité recto/verso de l'ensemble des assurés,
- un certificat de radiation de la Mutuelle précédente dénommée .....

Adhésion parrainée par : .....

Fait en 2 exemplaires à ..... le .....

Signature de l'adhérent

Signature du Président de la Mutuelle

**ASSURÉS AFFILIÉS à la CPAM ou à un Régime Obligatoire acceptant la télétransmission comme :  
(Caisse de Prévoyance SNCF, Régime local Alsace Moselle ....)**

J'autorise par ma signature la PMF à récupérer auprès de ma Caisse Maladie du Régime Obligatoire les informations nécessaires au remboursement de mes soins au titre de mon contrat maladie complémentaire (cette démarche me dispense d'envoyer les décomptes à la PMF).

Signature :

**DROIT DE RENONCIATION**

Conformément aux dispositions de l'article L.221-18-1 du Code de la mutualité, en cas d'adhésion à distance ou suivant un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, toute personne physique ayant adhéré, à des fins qui n'entrent pas dans la cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement mutualiste ou à un contrat collectif à adhésion facultative, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion de ce contrat pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée envoyée à l'adresse suivante :

La Protection Mutuelle et Familiale - 30 rue Kageneck - 67000 STRASBOURG

Modèle de lettre de renonciation

Je soussigné(e) : Nom..... Prénom.....

Adresse complète .....

Déclare renoncer à mon adhésion n° ..... que j'ai souscrit le .....

A..... le ..../..../.... Signature :

**CONSETEMENT COMMERCIAL**

Le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel renforce le cadre légal régissant le traitement des données à caractère personnel et vise à protéger les personnes concernées.

J'accepte que les données personnelles soient utilisées à des fins commerciales internes par la PMF pour améliorer mes garanties durant toute mon adhésion. Signature :

**Garantie Supérieur : Conditions particulières d'adhésion**

**Extrait des statuts**

- passage à la garantie Supérieur : pour pouvoir en bénéficier, l'adhérent doit avoir été affilié pendant une année minimum en garantie Amélioré, ou avoir bénéficié depuis un an, de prestations identiques dans la Mutuelle précédente pour les nouveaux adhérents.

- le membre participant affilié à la Garantie Supérieur pour « l'Entité CFTC » qui aura opté pour une catégorie de prestations inférieures, ne pourra plus revenir en catégories prestations supérieures, sauf décision du Conseil d'Administration.

**Conformément à l'article L.221-10-1 du code de la mutualité**, l'adhérent peut, après un délai d'un an à compter de la première souscription, résilier sans frais ni pénalité son **adhésion** tacitement reconductible. La résiliation prend effet un mois après que la Protection Mutuelle et Familiale en ait reçu la notification par l'adhérent.»

**INFORMATION FRAIS DE GESTION 2019 :**

- Le rapport entre les prestations versées et les cotisations perçues s'établit à **91% (1)**

- Le rapport entre les frais de gestion(3) et les cotisations s'établit à **10%(2)**.

**(1)**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 utilisé pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

**(2)**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 la Mutuelle 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.

**(3)**Ces frais recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser, les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont les remboursements, 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 la Mutuelle dans le respect des garanties contractuelles.