

Votre contact au 01 44 15 20 00, à conseiller@ampli.fr ou sur ampli.fr

Cette proposition est valable 1 mois à compter de ce jour :

Votre conseiller :

Code Avantage :

BULLETIN D'ADHÉSION

Contrat collectif à adhésion facultative d'assurance santé souscrit par l'Association des Adhérents d'AMPLI, association loi 1901 sise 27 Bd Berthier 75017 Paris auprès d'AMPLI Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité - 27 boulevard Berthier 75858 Paris CEDEX 17 – 01.44.15.20.00 www.ampli.fr SIRET N° 349.729.350.00018. AMPLI Mutuelle est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

Identité de l'adhérent

Adhérent AMPLI Mutuelle, si oui, n° d'identité :

Civilité :

Nom d'usage :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale (13 chiffres + clé) :

Coordonnées de l'adhérent

Adresse :

Complément d'adresse :

Code postal :

Ville :

N° de téléphone portable :

Adresse courriel :

Souhaitez-vous recevoir des propositions commerciales de la part d'AMPLI Mutuelle, par courriel ? Oui, Non

Souhaitez-vous recevoir des propositions commerciales de la part d'AMPLI Mutuelle, par SMS ? Oui, Non

Activité professionnelle de l'adhérent

Mode d'exercice : Profession :

Spécialité :

Date d'installation :

Caisse de retraite :

Pour les professionnels de santé (RPPS), pour les autres professions SIREN :

Conjoint bénéficiaire des garanties

Adhérent AMPLI Mutuelle, si oui, n° d'identité : _____

Civilité : _____ Nom d'usage : _____

Prénom : _____ Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____

Numéro de sécurité sociale (13 chiffres + clé) : _____

Mode d'exercice : _____

Profession : _____ Spécialité : _____

Enfant bénéficiaire des garanties : Nombre _____

Nom : _____	Prénom : _____	Sexe : _____
Né(e) le : _____	N° de sécurité sociale : _____	
Nom : _____	Prénom : _____	Sexe : _____
Né(e) le : _____	N° de sécurité sociale : _____	
Nom : _____	Prénom : _____	Sexe : _____
Né(e) le : _____	N° de sécurité sociale : _____	

Nombre d'inscrits : adultes _____ , enfants _____

GARANTIE

Vous choisissez la garantie : Date d'effet souhaitée :

Au plus tôt J+1 à la date de réception du dossier complet.

Vous souhaitez réduire vos remboursements et votre cotisation en choisissant la ou les formules suivantes :

Formule "Remboursement minimum des frais dentaires" (sauf Primo et Essentielle)

Soins et chirurgie	100 %
Prothèses dentaires*	100 %
Orthodontie acceptée	100 %

Remboursement régime obligatoire + régime complémentaire dans le cadre du parcours de soins coordonné

**Plafonds progressifs : 50 % la 1ère année, 75 % la 2ème année, 100 % la 3ème année*

Formule "Remboursement minimum des frais d'optique" (sauf Primo)

Forfait TM** inclus pour un équipement comprenant 1 monture et 2 verres selon niveau d'équipement 1, 2 ou 3	Éqt 1 : 200 €
	Éqt 2 : 230 €
	Éqt 3 : 300 €
Lentilles cornéennes acceptées (annuel)	100% + 50 €

***TM : Ticket Modérateur, c'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation d'un euro ou d'une franchise).*

Montant total annuel de votre cotisation : €

Montant total mensuel de votre cotisation : €

Ce tarif est valable pour l'année

La date de début de votre contrat (date d'effet) et le premier prélèvement peuvent être décalés dans le temps. Le montant des paiements futurs dépendra du nombre de jours où vous êtes couvert par votre contrat santé cette année.

Par exemple, si la première facturation a lieu 20 jours après le début du contrat, ces 20 jours seront répartis sur les paiements restants de l'année.

Autres garanties incluses automatiquement : 17 €/an

- ✓ Assistance personnelle mondiale rapatriement
- ✓ Assistance à domicile sur demande préalable
- ✓ Service conseils vie pratique
- ✓ Prise en charge des frais d'hospitalisation à l'étranger, selon les conditions contractuelles et sous réserve des exclusions, assurée par Mutuaide

Vous pouvez bénéficier des dispositions fiscales de la loi MADELIN

Si vous exercez une activité libérale ou indépendante, vous pouvez bénéficier de la déductibilité de vos cotisations au titre de la loi du 11 février 1994 (dite loi Madelin).

L'auto-entrepreneur n'a pas droit à l'avantage fiscal car il dépend déjà d'un régime micro-social simplifié.

Mode de règlement des cotisations :

Par prélèvement automatique, sans frais, en une ou plusieurs fois, à votre convenance :

En cas d'option pour le prélèvement automatique,

1. Précisez le fractionnement de la cotisation choisi.

Cotisation annuelle prélevée en : 12 fois (mensuelle) 1 fois (annuelle)

2. Complétez le mandat de prélèvement SEPA ci-joint et joignez-le à votre demande d'adhésion.

Remboursement des prestations

Par virement automatique : joindre un RIB pour le paiement de vos prestations.

Par télétransmission : joindre votre attestation de droits et celles des bénéficiaires inscrits sur votre contrat pour permettre la mise en place de la télétransmission.

DEMANDE D'ADHÉSION À AMPLI MUTUELLE

Je demande mon adhésion à AMPLI Mutuelle, assureur du contrat AMPLI-SANTÉ.

Je reconnais avoir lu et conserver un exemplaire des statuts de la mutuelle.

Déclaration – Date d'effet - Signature

L'adhésion au contrat collectif AMPLI-SANTÉ prend effet à la date de réception de la première cotisation, conformément à la notice d'information du contrat collectif, et sous réserve d'acceptation de l'adhésion par AMPLI Mutuelle.

Vous avez la faculté de renoncer à la présente adhésion par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de l'envoi de réception pendant un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet.

Vous attestez :

- ✓ Avoir une pleine capacité civile à adhérer au présent contrat ;
- ✓ Être pleinement informé du fait qu'AMPLI Mutuelle a des obligations légales et réglementaires de déclaration de soupçons à Tracfin et qu'elle se réserve la possibilité de demander des justificatifs dans le cadre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la fraude ;
- ✓ Avoir été informé des caractéristiques du contrat notamment du régime fiscal et social applicable ;
- ✓ Avoir lu et détenir un exemplaire complet de la notice d'information du contrat collectif et de ses annexes.

Je m'engage à informer AMPLI Mutuelle de tout changement dans ma situation personnelle, professionnelle, patrimoniale et fiscale.

Je demande mon adhésion à l'association AAA, association souscriptrice du contrat collectif, et je reconnais avoir lu et détenir un exemplaire des statuts de l'association et du code de déontologie.

AMPLI Mutuelle recueille par le biais de ce bulletin d'adhésion des données personnelles qui font l'objet d'un traitement informatisé. Ces données sont nécessaires notamment aux fins de l'exécution du contrat. Elles sont obligatoires et destinées aux services compétents intervenant dans ce cadre. Les destinataires de ces données sont également les assureurs, les intermédiaires d'assurances et leurs sous-traitants qui interviennent dans le cadre de la gestion ou de l'exécution de votre contrat et le cas échéant les autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur. Les données peuvent également être transmises s'il y a lieu à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs, professionnels de santé, médecins-conseils, aux organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des sinistres et des prestations. Elles sont conservées pendant toute l'exécution de votre contrat. Toutefois, cette durée de conservation peut être ajustée en fonction des diverses durées de conservation spécifiquement prévues par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescription légale). Ce traitement a fait l'objet d'un registre conformément aux obligations légales en la matière. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition aux informations vous concernant que vous pouvez exercer en vous adressant au délégué à la protection des données soit par email à dpd@ampli.fr, soit par courrier à l'adresse suivante : **AMPLI Mutuelle - Délégué à la protection des données - 27 Bd Berthier, 75858 Paris CEDEX 17**. En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris CEDEX 07.

Je demande mon adhésion au contrat collectif AMPLI-SANTÉ

Modèle de lettre de renonciation

Vous pouvez renoncer à votre adhésion pendant quatorze jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé que le contrat est conclu, c'est-à-dire à la date à laquelle vous recevez votre certificat d'adhésion par lettre suivie. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante "AMPLI Mutuelle – Service Adhésion – 27 Bd Berthier – 75858 Paris CEDEX 17 ou par envoi recommandé électronique à l'adresse électronique suivante adhésions-sante@ampli.fr.

Elle peut être rédigée selon le modèle suivant :

PROJET DE RÉDACTION LETTRE RECOMMANDÉE AVEC AVIS DE RÉCEPTION

« Je soussigné(e) (M/Mme) (Nom, prénom, adresse) prie AMPLI Mutuelle de bien vouloir considérer qu'à date de ce jour, je désire renoncer à mon adhésion à AMPLI-SANTÉ n° que j'ai signée le à Vous voudrez bien en conséquence, effectuer dans les délais requis la restitution des sommes versées.

Fait à, le Signature».

La renonciation fait disparaître rétroactivement l'adhésion, qui est considérée comme n'ayant jamais existé.

La mutuelle rembourse l'intégralité des sommes versées dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. En cas d'exercice de sa faculté de renonciation, la garantie cesse à la date de réception de la lettre recommandée.

Information sur les frais de gestion

Conformément à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale, vous trouverez ci-après les informations relatives aux frais de gestion, du contrat collectif AMPLI-Santé.

1. Ratio prestations (1) / cotisations (2)	88,32 % des cotisations ou primes hors taxes afférentes
2. Ratio frais de gestion (3) / cotisations (2)	35,97 % des cotisations ou primes hors taxes afférentes

- (1) Prestations versées par l'organisme assureur (AMPLI Mutuelle) pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident
- (2) Cotisations ou primes hors taxes afférentes à ces garanties
- (3) Frais de gestion de l'organisme affectés à ces mêmes garanties

Les frais de gestion sont composés de :

- Frais de gestion des sinistres : 9,58 %
- Frais d'acquisition : 10,66 %
- Frais d'administration : 6,64 %
- Autres charges techniques : 9,08 %

- 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 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 **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

Fait en 3 exemplaires à [redacted] Le : [redacted]

Signature de l'adhérent :

[redacted]