

# BULLETIN D'ADHÉSION

## CADRE RÉSERVÉ A LA MUTUELLE

Nom de l'Employeur : \_\_\_\_\_

N° de contrat : \_\_\_\_\_

Actif

Retraité(e)

Suspension d'activité

PPE :  Oui  Non

### ! DEVOIR D'INFORMATION ET DE CONSEIL

Nous vous invitons, avant d'adhérer aux garanties santé, ou avant de demander la modification de votre garantie, à lire attentivement la fiche IPID, la Notice d'information et notamment **les articles relatifs à la prise d'effet de l'adhésion, à la résiliation, aux fausses déclarations, à la prescription, aux limites des prestations, aux exclusions et au contrôle médical.** Votre conseiller est là pour répondre à vos questions, vous informer et vous conseiller avant votre adhésion ou votre modification de garantie dans la détermination de vos besoins et le choix des garanties adaptées à votre situation personnelle.

## ADHÉRENT

Mme  M. Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Numéro de Sécurité Sociale et clé : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Date d'adhésion : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

*Votre adhésion pourra prendre effet le lendemain de la signature du présent bulletin d'adhésion, sous réserve de la réception par la Mutuelle de l'ensemble des pièces justificatives.*



## VOS BÉNÉFICIAIRES

(Conformément à l'article 1 de la Notice d'information)

### CONJOINT / CONCUBIN / PACSÉ

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Numéro Sécurité Sociale et clé : \_\_\_\_\_

### ENFANT(S)/ PERSONNE(S) À CHARGE

Nom	Prénom	Sexe (F/M)	Date de naissance



## MES GARANTIES SANTÉ

Santé :  Niveau 1  Niveau 2  Niveau 3



## RÈGLEMENT DE LA COTISATION

### Adhérents actifs

La cotisation est précomptée sur votre salaire par votre Employeur et versée directement à So'Lyon Mutuelle

### Adhérents retraités ou en suspension d'activité

Le règlement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique mensuel

### Date de prélèvement choisie

Le 10  Le 26

Le montant de la cotisation tient compte de l'assistance et est calculé d'après les informations que vous nous avez transmises et selon les tarifs en vigueur à la date d'effet figurant sur le bulletin d'adhésion.



## TELETRANSMISSION « NOÉMIE »

En cochant cette case, je ne souhaite pas bénéficier de la télétransmission automatique via ma Carte Vitale avec la Sécurité Sociale pour mes ayants droit et moi. Dans ce cas **je m'engage à transmettre mes décomptes Sécurité Sociale pour bénéficier des prestations de ma mutuelle.**



## VALIDATIONS ET AUTORISATIONS NÉCESSAIRES A L'ADHÉSION

Je déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués et j'atteste avoir été informé(e) de l'ensemble de mes droits et obligations par la remise préalable à mon adhésion d'un exemplaire de la Notice d'information, des Statuts, de la fiche IPID et du tableau de garanties.

Je reconnais que les éléments communiqués dans le cadre du devoir d'information et de conseil m'ont permis d'adhérer à une (des) garantie(s) adaptée(s) à mes besoins.

Mon adhésion prendra effet le lendemain de la signature du présent bulletin d'adhésion complété et accompagné des pièces justificatives à fournir.

J'autorise So'Lyon Mutuelle à collecter et utiliser les données personnelles nécessaires à l'exécution de mon contrat et conformément à la Notice d'Information.

Je donne mon consentement pour être contacté par téléphone pour recevoir des informations sur la mutuelle, ses produits et services.

Je m'oppose à ce que mes coordonnées postales ou email soient utilisés pour recevoir des informations sur la mutuelle, ses produits et service.

Fait le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , à \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »



## PIÈCES A FOURNIR

- La photocopie de votre attestation de droits à l'Assurance Maladie en cours de validité (téléchargeable sur votre compte Ameli ou à demander à votre CPAM) et éventuellement celles des autres bénéficiaires immatriculés à un régime obligatoire.
- Un relevé d'identité bancaire pour le virement de vos prestations sur votre compte et, si vous êtes retraité ou en suspension d'activité, pour le règlement de vos cotisations.
- Le Mandat SEPA complété, uniquement si vous êtes retraité ou en suspension d'activité.
- La photocopie recto-verso de votre carte d'identité en cours de validité.
- Un relevé d'identité bancaire pour tout bénéficiaire de plus de 16 ans, souhaitant percevoir ses prestations sur son propre compte.

Pour vos enfants ayants-droit mutualistes jusqu'à 26 ans, fournir la photocopie de l'attestation Vitale sur laquelle figure l'ouverture de leurs droits ainsi que le justificatif de leur situation : carte d'étudiant, contrat d'apprentissage ou notification France Travail.

→ **Vous devez retourner votre demande d'adhésion dûment complétée, datée et signée, accompagnée des pièces justificatives à l'adresse suivante :**

**So'Lyon Mutuelle**  
**28 Rue Narcisse Bertholey**  
**69600 OULLINS-PIERRE-BÉNITE**

→ **Ou par email à :**

[gestion@solyon-mutuelle.fr](mailto:gestion@solyon-mutuelle.fr)

### Informations relatives aux frais de gestions

#### Taux de redistribution

Ce ratio représente la part des cotisations ou primes collectées par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident utilisé pour le versement des prestations correspondant à ces mêmes garanties **75 %**.

#### 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. Ces frais sont de **22,37 %**.

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.

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.

### Résiliation infra-annuelle

Vous pouvez, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, résilier votre contrat sans frais ni pénalités, à l'adresse SLM Mutuelle, TSA 81938, 92894 Nanterre Cedex 9. Cette résiliation prendrait effet un mois après que nous en aurons reçu notification.

### Protection des données à caractère personnel

Les informations recueillies dans le présent bulletin sont nécessaires pour la bonne exécution de votre contrat et font l'objet d'un traitement informatique destiné au fichier adhérent tenu par la Mutuelle. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et d'effacement des informations vous concernant qui peut être exercé auprès de la mutuelle par courriel : [protection.donnees@solyon-mutuelle.fr](mailto:protection.donnees@solyon-mutuelle.fr) ou par courrier : So'Lyon Mutuelle – DPO - 28 rue Narcisse Bertholey 69600 Oullins-Pierre-Bénite.

### Droit de rétractation en cas de vente à distance

Dans le cas d'une adhésion par internet ou courrier, vous disposez d'un délai de rétractation de 14 jours à partir de la date de signature du bulletin d'adhésion. Les garanties santé sont assurées par So'Lyon Mutuelle, régie par le livre II du Code de la Mutualité sous le N° SIREN 779846849 dont le siège est situé 28 rue Narcisse Bertholey 69600 Oullins-Pierre-Bénite.

### Droit de rétractation en cas de démarchage à domicile

En application de l'article L.221-18-1 du Code de la Mutualité, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.