

# Dossier de souscription

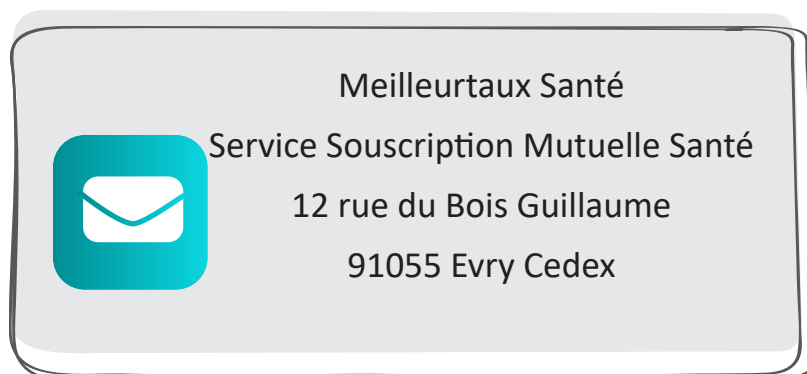
Notre offre vous a convaincu ? Pour adhérer, suivez ces 4 étapes : **meilleurtaux**  
Santé

1 Lisez et complétez soigneusement les 2 volets de votre demande d'adhésion

2 Réunissez les documents à nous envoyer :

- Les 2 volets de votre demande d'adhésion complétée
- Un relevé d'identité bancaire ou postal
- Une attestation de la carte vitale de chaque assuré
- La demande de résiliation de votre mutuelle actuelle, Meilleurtaux Santé se charge de l'envoyer à votre assureur, sans aucun frais pour vous (cf page 3 – à remplir uniquement en cas de changement de mutuelle)

3 Glissez tous ces éléments dans une enveloppe, affranchie au tarif en vigueur, et adressez-la à l'adresse suivante :



4 Et après, comment cela se passe ?

Dès réception de votre dossier, nous vous confirmons par téléphone ou par courrier de la prise d'effet de votre contrat à la date que vous nous avez mentionnée.

Vous recevrez sous 48 heures votre carte tiers-payant, et votre contrat complet.



# Remplir sa demande d'adhésion

1. Complétez les informations vous concernant

2. Indiquez les personnes que vous souhaitez assurer et toutes les informations les concernant

3. Précisez : la formule choisie, la date d'effet du contrat, le montant des cotisations mensuelles,... indiqués sur votre

4. Datez et signez avec la mention manuscrite « lu et approuvé »

**meilleurtaux Santé** Bulletin d'adhésion  
Meilleurtaux Essentiel Santé Famille

Affaire nouvelle  Avenant Date d'effet : / /

**Vous - souscripteur :**

M.  Mme Nom : Prénom :  
Nom de jeune fille : Né(e) le : / / Profession :  
Situation familiale :  célibataire  marié(e)  PACS / concubinage  séparé (e) / divorcé(e)  veuf(ve)  
Adresse - N° : Libellé de la voie :  
Code postal : / / Ville :  
N° de téléphone fixe : / / N° de téléphone mobile : / /  
E-mail : Nationalité :  
Code postal de naissance : / / Ville de naissance : Pays de naissance :

**Les assurés :**

	Adhérent principal <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Conjoint(e) <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	1 <sup>er</sup> enfant <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	2 <sup>ème</sup> enfant <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	3 <sup>ème</sup> enfant <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom :					
Prénom :					
Né(e) le :	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
CSP :					
Régime :			Ayant droit de :	Ayant droit de :	Ayant droit de :
N° Sécu. Sociale :	/ / / / / / / /	/ / / / / / / /	<input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> M.
Organisme d'affiliation :	/ / / / / / / /	/ / / / / / / /	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> Mme

**Garanties et cotisations :**

Précédente complémentaire santé ou mutuelle : Radiée le / / auprès de :  
Formules choisies\* : Code :  ANI  Hors ANI  
Option : non  
Cotisation mensuelle : / / € dont 0.60 €/mois de cotisation mensuelle à l'association APSAP Frais de dossier\*\*\* : 20 €  
Mode de paiement :  Prélèvement automatique \*\*  Chèque, à l'ordre d'AFI Assurances  
Fractionnement :  Mensuel  Trimestriel  Semestriel  Annuel  Trimestriel  Semestriel  Annuel

\* Les conditions et limites de garanties sont mentionnées dans le notice d'information et repris sur le tableau de garanties.  
\*\* J'accepte, en cas de rejet de prélèvement automatique, que les frais éventuels facturés par l'organisme financier restent à ma charge.  
\*\*\* Payable uniquement à la souscription

Loi Madelin  oui  non  
J'exerce une activité non salariée non agricole et je souhaite bénéficier de la défiscalisation « Loi Madelin » (\*).  
(\*) Joindre les justificatifs de règlement des cotisations relatifs aux régimes obligatoires maladie et retraite, attestant que je suis à jour de mes cotisations et éventuellement ceux de mon conjoint(e) et de mes enfants.

Fait le : / / à :  
Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

Meilleurtaux Santé est une marque exploitée par AFI ASSURANCES (société du Groupe Meilleurtaux) - SAS au capital de 10.000 euros, 12 rue du Bois Guillaume - 91055 Evry Courcouronnes Cedex  
Sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09)  
ASSUREUR : PREVOIR - VIE GROUPE PREVOIR - SA au capital de 81 000 000 entièrement versé - 343 286 183 RCS PARIS - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 19 rue d'Aumale - CS 40019 - 75306 Paris Cedex 09  
Association APSAP, souscriptrice du contrat - Association régie par la loi 1901 - 112 avenue de Paris - CS 60002 - 94306 Vincennes

5. Indiquez les coordonnées postales et bancaires du titulaire du compte et de l'établissement du compte à débiter

6. Datez et signez avec la mention manuscrite « lu et approuvé »

**meilleurtaux Santé** Bulletin d'adhésion  
Meilleurtaux Essentiel Santé Famille

**Déclarations et signatures :**

- Je déclare :
- Adhérer à l'association APSAP et au contrat groupe souscrit par elle pour la garantie Essentiel Santé Famille.
- Compléter, sincères et exacts l'ensemble des renseignements portés sur cette demande d'adhésion et je reconnais avoir été informé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fautive déclaration prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances.
- Justifier le gestionnaire à établir une liaison directe (télétransmission) avec mon régime de base, afin que les remboursements complémentaires de mes frais de santé soient effectués de manière automatique ;
- Avoir reçu avant la conclusion du contrat pris connaissance de la Notice d'Information du contrat d'assurance Frais de santé « Meilleurtaux Essentiel Santé Famille », référencée N° MF\_ESSENTIEL\_SANTÉ\_FAMILLE\_062022 et avoir accepté les termes ;
- Avoir reçu le document d'information relatif aux frais de gestion et au rapport prestations/cotisations ;
- Etre informé(e) que je dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires selon les modalités prévues dans la Notice d'Information de la garantie meilleurtaux Essentiel Santé Famille ce dernier étant souscrit à distance ;
- Attester sur l'honneur que les personnes à garantir sont à jour du paiement des cotisations relatives aux régimes d'assurances obligatoires, je m'engage à ce qu'il en soit de même pendant toute la durée de mon adhésion ;
- Avoir été informé(e) que :
  - L'adhésion prendra effet à la date indiquée dans le certificat d'adhésion sous réserve d'acceptation de l'assureur expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la 1<sup>re</sup> cotisation ;
  - L'assureur se fonde, pour établir les relations pré-contractuelles, sur le Code des assurances, sur le Code des assurances, et la loi française. Les parties s'engagent à adhérer pendant toute la durée du contrat à la langue française.
  - L'adhésion est conclue pour une durée annuelle. La date de conclusion de l'adhésion est celle du certificat d'adhésion qui me sera adressé.
  - À l'expiration de chaque période annuelle, elle est reconduite de plein droit d'année en année, sauf en cas de résiliation par moi ou l'assureur dans les conditions rappelées dans la notice d'information du contrat.
- Accepter de recevoir des informations à caractère commercial de la part d'AFI Assurances et du groupe Meilleurtaux, j'ai la possibilité de m'inscrire sur le fichier national d'opposition au démarchage téléphonique (dépisteur BUDCTEL) ;
- Souhaiter bénéficier d'une prise d'effet immédiate de mes garanties ;
- Accepter que toute information et tout document se rapportant à mon adhésion puisse être communiquée sur mon espace assuré, que la communication d'informations et de documents par voie électronique est adaptée à ma situation et que je dispose des moyens techniques nécessaires me permettant d'en prendre connaissance, avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est donnée de souscrire mon contrat par le biais de supports papier adressés à mon domicile via une signature manuscrite, avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est donnée de m'opposer à tout moment et par tout moyen à l'utilisation d'un support durable autre que le papier, et du droit que je détiens de demander, sans frais, ou l'un support durable papier soit utilisé pour la poursuite de la relation commerciale.

Dans le cadre de nos relations, Meilleurtaux Santé, l'organisme assureur et ses partenaires sont amenés à collecter vos données personnelles dans le respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à l'annexe Protection de vos données personnelles.

**Paiement des prestations :**  
Soucieux de vous proposer le meilleur service, nous vous informons que les remboursements de vos prestations seront (sauf avis contraire de votre part) automatiquement et gratuitement virés sur votre compte bancaire à réception de votre relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP).

Fait le : / / à :  
Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

**Mandat de prélèvement SEPA :**  
Référence unique du mandat (communiquée ultérieurement) :  
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez AFI ASSURANCES (Meilleurtaux Santé) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de AFI ASSURANCES (Meilleurtaux Santé). Vous acceptez également de réduire le délai d'information du prélèvement de J+7 jours calendaires avant le début de votre compte. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans le convention que vous passez avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

**Coordonnées du débiteur :**  
 M.  Mme Nom : Prénom :  
Adresse :  
Code postal : / / Ville :  
Compte à débiter  
IBAN : / / / / / / / /  
BIC : / / / /

**Nom et adresse du créancier :**  
AFI ASSURANCES  
12 rue du Bois Guillaume  
91055 EVRY CEDEX  
ICS: FR1522600267

**Type de paiement :**  
 Paiement récurrent/répétitif  Paiement ponctuel

Le : / / Fait à : / /  
Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

# Résilier sa mutuelle actuelle

Modèle à compléter et joindre à votre dossier uniquement en cas de changement de mutuelle

A quel moment puis-je résilier mon contrat de mutuelle ?

- À sa date échéance anniversaire (en général 2 à 3 mois de préavis)
- À sa date échéance anniversaire en application de la loi Châtel (en général 20 jours à réception de l'échéancier)
- Lors d'un changement de domicile, de situation, de profession ou de retraite (dans un délai d'un mois)
- En cas d'augmentation de la cotisation (dans un délai d'un mois)
- À tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat (dans un délai d'un mois)

Expéditeur (nom et adresse)

---

---

---

À \_\_\_\_\_, le \_\_/\_\_/\_\_

RECOMMANDÉ avec AR

Objet : Résiliation du contrat d'assurance N° \_\_\_\_\_

Monsieur le directeur de la Société

---

---

---

Monsieur le Directeur,

Veuillez noter, par la présente lettre recommandée, que j'entends faire cesser les effets du contrat référencé ci-dessus :

- A la date d'échéance principale, soit le \_\_/\_\_/\_\_\_\_, conformément aux dispositions tant générales que particulières du contrat.
- A la date d'échéance principale, soit le \_\_/\_\_/\_\_\_\_, conformément à l'article L.113-15-1 du Code des Assurances stipulant que «la reconduction des contrats couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles peut être dénoncée dans les 20 jours suivant l'envoi de l'avis d'échéance annuel» - cachet de la poste faisant foi.
- Dans un délai d'un mois à dater de la présente, conformément aux dispositions de l'article L 113-16 du Code des Assurances par suite de survenance d'un des événements suivants :
  - Changement de domicile,
  - Changement de situation ou de régime matrimonial,
  - Changement de profession,
  - Retraite ou cessation d'activité professionnelle.
- Par suite de l'augmentation de votre tarif, cette résiliation prenant effet 30 jours après l'envoi de la présente lettre
- Résiliation infra-annuelle : En application de l'article L113-15-2 du Code des assurances ou de l'article L221-10-2 du Code de la mutualité ou de l'article L932-12-1 du Code de la sécurité sociale. Cette résiliation prendra effet le \_\_/\_\_/\_\_\_\_ à 24h00, le nouveau contrat souscrit prenant effet le \_\_/\_\_/\_\_\_\_ à 00h00. À compter de cette date, le risque couvert par ce contrat sera assuré auprès de \_\_\_\_\_, sous la référence suivante : \_\_\_\_\_. La continuité de ma couverture sera donc assurée durant l'opération de résiliation. Par conséquent, je vous demande de bien vouloir me rembourser le solde des cotisations ou primes perçues dans un délai de 30 jours à compter de la date de résiliation.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments distingués.

Signature

Précédée de la mention «lu et approuvé»

**Affaire nouvelle**       **Avenant**      **Date d'effet :**

### Vous - souscripteur :

M.  Mme Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Né(e) le :    Profession : \_\_\_\_\_  
 Situation familiale :  célibataire     marié(e)     PACS / concubinage     séparé (e) / divorcé(e)     veuf(ve)  
 Adresse : N° : \_\_\_\_\_ Libellé de la voie : \_\_\_\_\_  
 Code postal :   Ville : \_\_\_\_\_  
 N° de téléphone fixe :     N° de téléphone mobile :            
 E-mail : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_  
 Code postal de naissance :   Ville de naissance : \_\_\_\_\_ Pays de naissance : \_\_\_\_\_

### Les assurés :

	<b>Adhérent principal</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<b>Conjoint(e)</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<b>1<sup>er</sup> enfant</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<b>2<sup>ème</sup> enfant</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<b>3<sup>ème</sup> enfant</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<b>Nom :</b>					
<b>Prénom :</b>					
<b>Né(e) le :</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>CSP :</b>					
<b>Régime :</b>			<b>Ayant droit de :</b>	<b>Ayant droit de :</b>	<b>Ayant droit de :</b>
<b>N° Sécu. Sociale :</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
<b>Organisme d'affiliation :</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

### Garanties et cotisations :

<b>Précédente complémentaire santé ou mutuelle :</b>	Radiée le <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> auprès de : _____	
<b>Formules choisie* :</b>	Code : _____ <input type="checkbox"/> ANI <input type="checkbox"/> Hors ANI	
<b>Option</b>	non	
<b>Cotisation mensuelle :</b>	<input type="text"/> € dont 0.60 €/mois de cotisation mensuelle à l'association APSAP <b>Frais de dossier*** : 20 €</b>	
<b>Mode de paiement :</b>	<input type="checkbox"/> <b>Prélèvement automatique **</b>	<input type="checkbox"/> <b>Chèque</b> , à l'ordre d'AFI Assurances
<b>Fractionnement :</b>	<input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Semestriel <input type="checkbox"/> Annuel Date du prélèvement : <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Semestriel <input type="checkbox"/> Annuel

\*Les conditions et limites de garanties sont mentionnées dans la notice d'information et reprises au tableau de garanties.

\*\* J'accepte, en cas de rejet de prélèvement automatique, que les frais éventuels facturés par l'organisme financier restent à ma charge.

\*\*\*Payable uniquement à la souscription

**Loi Madelin**     oui     non

J'exerce une activité non salariée non agricole et je souhaite bénéficier de la défiscalisation «Loi Madelin» (\*).

(\* ) Joindre les justificatifs de règlement des cotisations relatifs aux régimes obligatoires maladie et retraite, attestant que je suis à jour de mes cotisations et éventuellement ceux de mon conjoint(e) et de mes enfants.

Fait le :    à : \_\_\_\_\_

**Signature** précédée de la mention « lu et approuvé » :

### Déclarations et signatures :

« Je déclare :

- Adhérer à l'association APSAP et au contrat groupe souscrit par elle pour la garantie **Essentiel Santé Famille**.
- Complètes, sincères et exacts l'ensemble des renseignements portés sur cette demande d'adhésion et je reconnais avoir été informé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances.
- J'autorise le gestionnaire à établir une liaison directe (télétransmission) avec mon régime de base, afin que les remboursements complémentaires de mes frais de santé soient effectués de manière automatique ;
- Avoir reçu avant la conclusion du contrat pris connaissance de la Notice d'information du contrat d'assurance frais de santé « meilleurtaux Essentiel Santé Famille », référencée NI\_MT\_ESSENTIEL\_SANTE\_FAMILLE\_062022 et du tableau de garanties, référencé TG\_MT\_ESSENTIEL\_SANTE\_FAMILLE\_062022 ainsi que la fiche IPID, des statuts de l'association APSAP, et la notice d'assistance qui m'ont été remis et en accepter les termes ;
- Avoir reçu le document d'information relatif aux frais de gestion et au rapport prestations/cotisations ;
- Être informé(e) que je dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires selon les modalités prévues dans la Notice d'information de la garantie meilleurtaux Essentiel Santé Famille ce dernier étant souscrit à distance;
- Attester sur l'honneur que les personnes à garantir sont à jour du paiement des cotisations relatives aux régimes d'assurances obligatoires. Je m'engage à ce qu'il en soit de même pendant toute la durée de mon adhésion.

• Avoir été informé(e) que :

- l'adhésion prendrait effet à la date indiquée dans le certificat d'adhésion sous réserve d'acceptation de l'assureur expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la 1<sup>ère</sup> cotisation

- l'assureur se fonde, pour établir les relations pré-contractuelles, sur le Code des assurances. La loi applicable au présent contrat, régi par le Code des assurances, est la loi française. Les parties s'engagent à utiliser pendant toute la durée du contrat la langue française.

- l'adhésion est conclue pour une durée annuelle. La date de conclusion de l'adhésion est celle du certificat d'adhésion qui me sera adressé.

- à l'expiration de chaque période annuelle, elle est reconduite de plein droit d'année en année, sauf en cas de résiliation par moi ou l'assureur dans les conditions rappelées dans la notice d'information du contrat.

• J'accepte de recevoir des informations à caractère commercial de la part d'AFI Assurances et du groupe Meilleurtaux. J'ai la possibilité de m'inscrire sur le fichier national d'opposition au démarchage téléphonique (dispositif BLOCTEL).»

• Souhaiter bénéficier d'une prise d'effet immédiate de mes garanties

• Accepter que toute information et tout document se rapportant à mon adhésion puisse être communiquée sur mon espace assuré, que la communication d'informations et de documents par voie électronique est adaptée à ma situation et que je dispose des moyens techniques nécessaires me permettant d'en prendre connaissance, avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est donnée de souscrire mon contrat par le biais de supports papiers adressés à mon domicile via une signature manuscrite, avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est donnée de m'opposer à tout moment et par tout moyen à l'utilisation d'un support durable autre que le papier, et du droit que je détiens de demander, sans frais, qu'un support durable papier soit utilisé pour la poursuite de la relation commerciale.

Dans le cadre de nos relations, **Meilleurtaux Santé**, l'organisme assureur et ses partenaires sont amenés à collecter vos données personnelles dans le respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à l'annexe Protection de vos données personnelles.

### Paiement des prestations :

Soucieux de vous proposer le meilleur service, nous vous informons que les remboursements de vos prestations seront (sauf avis contraire de votre part) automatiquement et gratuitement virés sur votre compte bancaire à réception de votre relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP).

Fait le :  /  /

**Signature** précédée de la mention « lu et approuvé »

à :

### Mandat de prélèvement SEPA:

Référence unique du mandat (*communiquée ultérieurement*) : \_\_\_\_\_

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez AFI assurances (Meilleurtaux Santé) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de AFI assurances (Meilleurtaux Santé) . Vous acceptez également de réduire le délai d'information du prélèvement de 17 à 7 jours calendaires avant le débit de votre compte. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous passez avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

#### Coordonnées du débiteur

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Code postal :    Ville : \_\_\_\_\_

#### Compte à débiter

IBAN :

BIC :

#### Nom et adresse du créancier

**AFI ASSURANCES**  
**12 rue du Bois Guillaume**  
**91055 EVRY CEDEX**  
**ICS: FR15ZZZ600267**

#### Type de paiement

Paiement récurrent/répétitif  Paiement ponctuel

Le :  /  /  Fait à : \_\_\_\_\_

**Signature** : précédée de la mention « lu et approuvé »

**Informations relatives aux frais de gestion**

Conformément à la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais des contrats de complémentaire santé, nous vous prions de trouver ci-après le rapport prestations/cotisations ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de votre futur contrat d'assurance santé.

Veillez prendre connaissance de ces informations avant la signature de votre demande d'adhésion :

- Le rapport prestations/cotisations<sup>(1)</sup> est de **81.87%**
- Le taux des frais de gestion<sup>(2)</sup> s'établit à **50.92%**

<sup>(1)</sup>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.

<sup>(2)</sup>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.



**Informations précontractuelles en cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile**

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 (14) calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

**Modèle de lettre de renonciation à l'adhésion d'une complémentaire Santé**

**Destinataire :** Meilleurtaux Santé – 12 rue du Bois Guillaume - 91055 Evry-Courcouronnes Cedex

**Objet :** Renonciation à l'adhésion de la garantie [Nom de la garantie]

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) [Nom, Prénom et numéro du membre participant] demeurant à [Lieu] ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat [Nom et N° de contrat] que j'ai signé le [date sous le format JJ/MM/AAAA].

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

A [lieu], le [date sous le format JJ/MM/AAA].

Signature

# Assurance Complémentaire Santé

Document d'information normalisé sur le produit d'assurance

Assureur : PREVOIR VIE – GROUPE PREVOIR, entreprise d'assurance immatriculée au RCS de PARIS sous le N° 343 286 344

Distributeur : MEILLEURTAUX SANTE, marque exploitée par AFI ASSURANCES immatriculée au registre de l'ORIAS sous le N° 07 027 969 en qualité de courtier en assurance

Gestionnaire : SG SANTE – AGEO immatriculée au registre de l'ORIAS sous le N° 15 001 350

Nom du Produit : Meilleurtaux Essentiel Santé Famille

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. Les garanties sont sous réserve d'acceptation médicale par l'assureur.

## De quel type d'assurance s'agit-il ?

Ce produit s'assurance complémentaire santé a pour objet de garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Les garanties du produit respectent les conditions légales des contrats responsables. Ce produit peut être éligible aux dispositions fiscales de la Loi N°94-126 du 11 février 1994 (dite « Loi Madelin »).



## Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau des garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge. L'âge limite d'adhésion au contrat est 55 ans.

### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : chirurgie, anesthésie, frais de séjour hospitalier, forfait journalier hospitalier, forfait patient urgence, frais de transport, hospitalisation à domicile, Chambre particulière, lit d'accompagnement, téléphone, internet, télévision.
- ✓ **Médecine courante et pharmacie** : médecins spécialistes et généralistes, radiologie, imagerie, actes techniques médicaux, psychologues conventionnés remboursés par le Régime obligatoire, Analyse et examen de laboratoire, auxiliaire médicaux, médicaments prescrits remboursés.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres) dont équipement « 100% santé » et hors « 100% santé », lentilles prescrites remboursée par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses dentaires « 100% santé » et hors « 100% santé », prothèse dentaires, inlays-core et implantologie hors « 100% santé » remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Appareillage auditif** : équipement « 100% santé » et hors « 100% santé ».
- ✓ **Prévention et bien être** : prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable.

### LES SERVICES INCLUS

- **Assistance santé** (garantie souscrit auprès de MUTUAIDE SANTE immatriculée au RCS de CRETEIL sous le N° 383 974 086)
- **Tiers payant**
- **Décompte en ligne**
- **Bonus fidélité dès la 3<sup>ème</sup> année**

Les garanties précédées d'une ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



## Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les frais relatifs à des séjours en établissements médico-sociaux, services ou unités de soins longues durées (USLD), maisons de retraite, logements foyer pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.



## Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

Les exclusions spécifiques aux garanties sont détaillées dans la notice d'information du contrat.

### PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La contribution forfaitaire et la franchise médicale
- ! La majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soin.
- ! Une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés hors parcours de soin

### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation et maternité** : pendant les 60 premiers jours suivants la date d'effet du contrat, les remboursements sont limités à la prise en charge du ticket modérateur (sauf en cas d'hospitalisation pour un accident)
- ! **Frais de séjour hospitaliers** : limités à hauteur de la garantie à 30 jours par bénéficiaire et par an en cas d'hospitalisation en milieu spécialisé. Au-delà, la prise en charge est limitée au ticket modérateur.
- ! **Chambre particulière** : Durée limité à 30 jours par an
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement
- ! **Appareillage auditif** : prestations limitées à 1 équipement tous les 4 ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'équipement





## Où suis-je couvert ?

Les garanties ne bénéficient qu'aux seuls adhérents résident à titre principal en France. Les garanties remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et/ou d'hospitalisation de votre contrat s'exercent dans tous les pays à partir du moment où le Régime obligatoire français intervient.



## Quelles sont mes obligations ?

**Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie, vous devez :**

### Lors de l'adhésion au contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion
- Fournir les documents justificatifs demandés.

### En cours d'adhésion :

- Régler les cotisations selon la périodicité définie dans le contrat.
- Informer l'assureur de tout changement de situation

### En cas de sinistre :

- Pour obtenir le règlement des prestations, fournir les décomptes originaux de votre régime obligatoire (an l'absence de télétransmission), les originaux des notes d'honoraires ou des factures acquittées justifiant les dépenses engagées. Les demandes de remboursement sont à adresser dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement du soin par votre régime obligatoire.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance en fonction de la périodicité choisie : annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle, à la date indiquée sur le certificat d'adhésion. Elles sont prélevées sur le compte bancaire du payeur de cotisations.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion et les garanties prennent effet, après acceptation de l'assureur, à la date figurant sur le certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation. L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite chaque année à la date d'échéance principale par tacite reconduction, sauf résiliation dans les cas et conditions fixés au contrat.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- À tout moment, à l'expiration d'un délai de 1 an à compter de la première année d'adhésion
- Dans le délai d'un an à compter de la date d'adhésion :
  - o En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garanties
  - o Dans les 30 jours qui suivent l'envoi de la notification de l'évolution tarifaire