



**Mutuelle EPC**  
 Mutuelle EPC – TSA 77801 – 59049 LILLE CEDEX  
 Courriel : [contact@mutuelle-epc.com](mailto:contact@mutuelle-epc.com)

*Exemplaire  
à conserver*

Tél : 09 72 72 72 11  
 Site internet : [www.mutuelle-epc.com](http://www.mutuelle-epc.com)

BULLETIN D'ADHÉSION  MODIFICATION

♣ **CONTRAT CHOISI :**  NOIR/BLANC  PLUS COULEUR Date d'effet : 1<sup>er</sup> / \_\_\_ / \_\_\_

#### ♣ ADHÉRENT(E)

Nom \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille \_\_\_\_\_  
 Prénoms \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Tél. fixe \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
 N° de Sécurité sociale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 E-mail \_\_\_\_\_

#### ♣ CONJOINT(E) AYANT DROIT

Nom \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille \_\_\_\_\_  
 Prénoms \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Tél. fixe \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
 N° de Sécurité sociale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 E-mail \_\_\_\_\_

#### ♣ ENFANTS AYANTS DROIT

Nom et Prénoms	N° de Sécurité sociale (sous lequel intervient le remboursement)	Date de naissance																					
1. _____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						___ / ___ / ___
2. _____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						___ / ___ / ___
3. _____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						___ / ___ / ___
4. _____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						___ / ___ / ___
5. _____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						___ / ___ / ___

La télétransmission automatique de la Sécurité sociale NOEMIE permet de bénéficier d'un remboursement plus rapide.  
 Toutefois, si vous ne souhaitez pas qu'elle soit utilisée, veuillez cocher la case ci-contre

Le montant de la cotisation est déterminé selon les tranches d'âge auxquelles appartient l'adhérent et ses ayants droit.

Périodicité du paiement :  Mensuelle  Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle

#### Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

Je demande pour moi-même et pour les personnes ci-dessus désignées, l'enregistrement de mon adhésion.

Je m'engage à me conformer aux dispositions des Statuts et du Règlement mutualiste ou à la Notice d'information qui me sont remis avant la signature du bulletin d'adhésion.

J'autorise la Mutuelle à faire éventuellement toutes opérations pour mon compte auprès de l'Assurance maladie.

J'autorise la Mutuelle à transmettre à des organismes mutualistes ou tiers (CPAM...) toute information me concernant, nécessaire à la mise en oeuvre du service de gestion de la couverture santé. Dans le cas contraire, j'informerai la Mutuelle par écrit de mon refus.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

#### ♣ Pièces à nous fournir dans tous les cas :

- Copie des pièces d'identité de l'adhérent(e) et de ses ayants droit en cours de validité au moment de l'adhésion.
- Copie de l'attestation d'assuré(e) social(e) de chacun des assuré(e)s à couvrir par la Mutuelle.
- Mandat de prélèvement SEPA (mensuel) fourni par la Mutuelle dûment rempli, daté et signé.
- Relevé d'identité bancaire (IBAN-BIC).
- Copie de la carte de l'adhérent(e) relative à une précédente couverture complémentaire santé et un certificat de radiation délivré par l'organisme de complémentaire santé dès sa réception.

#### ♣ Pour les agents territoriaux

- Certificat de l'employeur mentionnant la date d'entrée de l'agent dans la fonction publique.
- Justificatif d'adhésion au dernier organisme auprès duquel l'adhérent(e) a souscrit une garantie labellisée.

#### ♣ Pour les travailleurs non salariés :

- Justificatif de statut de travailleur non salarié (extrait K-bis de moins de 3 mois, registre des métiers, CFE...)

**Conformément à l'Arrêté du 6 mai 2020, en application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale, les frais de gestion au titre des garanties s'élèvent à 10 %. Le taux de redistribution des cotisations encaissées pour paiement des prestations est de 90 %.**

« 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. 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.»

#### Merci de nous indiquer comment vous avez connu la Mutuelle :

##### Parrainage

(Numéro de Sécurité sociale du parrain : .....)

Signature du parrain :

##### Publicité (sac à pain, annonce presse...)

##### Site internet

##### Contrat labellisé

##### TNS (Travailleurs Non Salariés)

##### Autre

Les informations transmises via ce bulletin d'adhésion sont destinées à la Mutuelle EPC en sa qualité de responsable du traitement. Elles sont nécessaires au traitement de votre adhésion en vue de la détermination, la gestion et l'exécution des prestations. Elles sont collectées avec votre consentement dans le cadre de la relation contractuelle qui vous lie avec la Mutuelle EPC. Elles peuvent être transmises à ses réassureurs, délégataires de gestion ou autres prestataires intervenant dans le cadre de l'exécution de votre contrat. Elles sont enregistrées sur un outil de gestion dans le but de mettre en œuvre les obligations contractuelles et réglementaires qui incombent à votre mutuelle. Elles seront conservées pendant toute la durée de votre contrat, puis jusqu'aux termes des délais de prescription. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en adressant un courrier postal à Mutuelle EPC - TSA 77801 - 59049 LILLE CEDEX ou un courriel à [contact@mutuelle-epc.com](mailto:contact@mutuelle-epc.com). Par ailleurs, vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente, la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

