

ASSURANCE SANTE - DIAGNOSTIC DES BESOINS

Cabinet : ID NEUVES ASSURANCE – SOLIDAIRE ASSUR

RCS : 817 439 755

ORIAS : 16000591

Adresse : 517 avenue de la République
 59700 MARCQ EN BAROEUL

Le courtier est rémunéré sur la base d'une commission payée par l'assureur et incluse dans la prime d'assurance. Nous distribuons des produits d'assurance assurés et gérés par CCMO Mutuelle, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, N° 780508073 dont le siège social est situé au 6, avenue du Beauvaisis PAE du Haut Villé, CS 50993, 60014 BEAUVAIS CEDEX, www.ccmo.fr, contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution, 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09

Nom et Prénom du Conseiller :

 Agissant en tant que salarié gérant mandataire
 si différent, ORIAS : _____

Tel : 03 20 55 97 01

 E-mail : contact@solidaire-assur.com
 Document rempli avec mon conseiller

 Document rempli seul

Civilité : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Nom :	Prénom :
Adresse :		
Code Postal :	Ville :	
Date de naissance :		
Téléphone :	Mail :	
Autres bénéficiaires (conjoint, enfants, ...) – indiquez leur date de naissance : <div style="text-align: center;">né(e)</div>		
Nombre d'enfants :		

ETAPE 1 :
MIEUX VOUS CONNAITRE

ETAPE 2 :
VOS BESOINS

ETAPE 3 :
NOTRE RECOMMANDATION

Etape 1 >>> MIEUX VOUS CONNAITRE

Bénéficiez-vous de la Complémentaire Santé Solidaire ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Bénéficiez-vous actuellement d'une Complémentaire Santé ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, qui est votre assureur :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Vos garanties actuelles vous conviennent-elles ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Quel est le montant de votre cotisation actuelle ?	_____ €

MANDAT DE RESILIATION DE VOTRE CONTRAT ACTUEL

Avez-vous souscrit votre contrat actuel depuis plus de 12 mois ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, souhaitez-vous mandater votre assureur pour qu'il se charge de la résiliation de votre contrat santé actuel ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
A quelle date souhaitez-vous résilier votre contrat d'assurance santé ?	__/__/____

Etape 2 >>> VOS BESOINS

Votre attente principale : <input type="checkbox"/> Avoir une mutuelle <input type="checkbox"/> Avoir une mutuelle qui correspond à mes besoins <input type="checkbox"/> Une meilleure qualité de gestion <input type="checkbox"/> Une mutuelle moins chère <input type="checkbox"/> Une mutuelle plus couvrante	Besoins de garanties sur les postes suivants : <input type="checkbox"/> Dépassements d'honoraires chez les spécialistes <input type="checkbox"/> Hospitalisation dans le privé <input type="checkbox"/> Prothèses dentaires (couronnes, bridges) <input type="checkbox"/> Equipement optique <input type="checkbox"/> Appareillage auditif <input type="checkbox"/> Autres :
Couverture de votre assureur actuel : <ul style="list-style-type: none"> Honoraires praticiens hospitaliers OPTAM : _____ % BR Chambre particulière : _____ €/ jour Prothèses dentaires (hors 100% Santé) : _____ % BR ou € / prothèse Equipement optique (hors 100% Santé) : _____ € / équipement Audioprothèses (hors 100% Santé) : _____ % BR ou € / prothèse Autre poste de garantie : 	

Etape 3 >>> NOTRE RECOMMANDATION

Selon vos besoins, nous vous recommandons la formule

Effet souhaité du contrat : 01 /...../.....

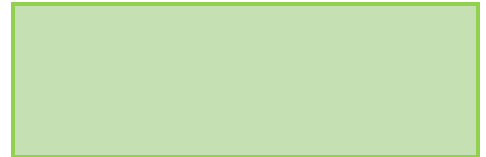
Pour conclure, les dispositions précontractuelles :

- Je reconnais avoir pris connaissance du contenu du diagnostic de besoins et avoir eu une information sur les différentes garanties proposées avec le détail du tarif.
- J'ai été informé de mon droit de rétractation – dénonciation dans un délai de 14 jours calendaires révolus pour renoncer à votre adhésion sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir du jour de la date de signature du contrat.
- Je reconnais avoir reçu un exemplaire du présent document et l'ensemble des informations relevant de l'article 520-1 du Code des Assurances.

Fait en deux exemplaires à

le

Signature



Bulletin d'adhésion

Contrat collectif à adhésion facultative « Mutuelle Santé Citoyenne » n°0437201ME1

CCMO Mutuelle : 6, avenue du Beauvaisis, PAE du Haut Villé – 50993 – 60014 Beauvais Cedex - Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité N°780508073
SAS ID Neuves Assurances : 517, avenue de la République, 59700 Marcq en Baroeul – RCS 817 439 755 – Orias 16000591 (www.orias.fr)

ADHERENT PRINCIPAL

Civilité : Madame Monsieur Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Date de naissance : _____
N° SS : _____
Téléphone : _____ Mail : _____
Situation de famille : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubin(e) Divorcé(e) Veuf(e)
Régime : Général Alsace-Moselle Indépendant Autre
Statut : Particulier Professionnel indépendant Auto-entrepreneur

CONJOINT(E), CONCUBIN(E), PACSE(E)

Nom : _____ Prénom : _____
Né(e) le : _____ N° SS : _____

ENFANTS

Nom - Prénom :	Né(e) le :	N° SS :
Nom - Prénom :	Né(e) le :	N° SS :
Nom - Prénom :	Né(e) le :	N° SS :
Nom - Prénom :	Né(e) le :	N° SS :

Garantie choisie :

Date d'effet : 01 / /

Je soussigné(e) déclare souscrire à la garantie indiquée ci-dessus pour moi-même et pour les personnes désignées ci-dessus

COTISATION MENSUELLE GLOBALE

Adhérent : _____ €
Conjoint : _____ €
1^{er} enfant : _____ €
2^e enfant : _____ €
3^e enfant et + : GRATUIT

TOTAL : _____ €/mois

Cotisation Association : 12€/ an
Fédération Française Mutuelle Santé Citoyenne

Cotisation LIBR'ENTREPRISE : 12€/an OUI NON
TNS hors auto-entrepreneur

PAIEMENT DES COTISATIONS

Type de paiement : prélèvement automatique
Date de prélèvement : le 5 du mois le 10 du mois
Périodicité : mensuel trimestriel semestriel

> cotisation pouvant être modifiée au 1^{er} janvier de chaque année

> cotisation annuelle prélevée au 01/01 de chaque année

> cotisation annuelle de 12€ / an prélevée au 01/01 de chaque année

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE

- Attestation de droits à la sécurité sociale pour tous les bénéficiaires
- Relevé d'Identité Bancaire (RIB)
- Copie de la carte d'identité
- Justificatif de scolarité pour les enfants de -28 ans en poursuite d'étude

CONDITIONS GENERALES DE L'ADHESION

Après avoir pris connaissance des Statuts, des Conditions Générales ainsi que de la notice d'information, je déclare adhérer à CCMO Mutuelle et souscrire pour moi-même ainsi que pour les personnes désignées ci-dessus, aux garanties désignées. Je m'engage à respecter un sodétariat minimum d'un an. Je soussigné (e) certifie mes déclarations sincères et véritables. Je suis informé (e) que le prélèvement automatique est gratuit. Sauf notification expresse écrite, j'accepte que le règlement de mes prestations soit effectué par télétransmission entre la CCMO et le Régime Obligatoire dont je dépends. La première cotisation sera prélevée le 5 ou le 10 du mois ou le jour ouvrable le plus proche, dès lors que le dossier d'adhésion, complété et signé et accompagné des pièces justificatives parvient au siège de la mutuelle. Les données personnelles recueillies dans le cadre du présent contrat complémentaire santé font l'objet d'un traitement conforme aux obligations prévues par le Règlement européen protection des données personnelles du 27 avril 2016. Par la signature du présent bulletin, je consens au traitement de mes données personnelles et de celles de mes éventuels ayants droit. Je suis informé (e) de la possibilité de retirer mon consentement à tout moment. Mes données personnelles sont traitées par les salariés de CCMO Mutuelle et de la SAS ID Neuves Assurance chargés de la gestion et l'exécution des contrats et par ses éventuels partenaires. Elles ne sont conservées que pour le temps strictement nécessaire à l'exécution et la gestion de mon contrat frais de santé, ou pour satisfaire aux obligations légales (délai de prescription). Je peux demander l'accès, la rectification, l'effacement, la limitation et la portabilité de mes données ou encore m'opposer à leur traitement en m'adressant au Délégué à la protection des données personnelles par courrier à CCMO Mutuelle, PAE du Haut-Villé, 6 avenue du Beauvaisis 60014 Beauvais Cedex ou courriel au dpo@ccmo.fr. En cas de réclamation, je peux également saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés. En outre, conformément au décret n°2015-556, je dispose aussi d'un droit d'inscription sur les listes d'opposition au démarchage téléphonique.

A ...

Le ...

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Mandat de prélèvement SEPA

INFORMATIONS GENERALES

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CCMO Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CCMO Mutuelle. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée 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.

Organisme créancier : **CCMO Mutuelle** – 6 avenue du Beauvaisis PAE du Haut Villé CS 50993 – 60014 Beauvais Cedex

Identifiant créancier SEPA : F42777394529 – Paiement récurrent / répétitif

TITULAIRE DU COMPTE

Nom du payeur :	BIC :
Adresse :	IBAN :
Code Postal :	A : Le :
Ville :	Signature :
J'accepte d'être informé de mes prélèvements au minimum 5 jours avant l'échéance. Mes droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que je peux obtenir auprès de ma banque.	

« Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. »

DOCUMENT D'ENTREE EN RELATION
Courtier exerçant selon les modalités de l'article L.521-2 II c) du code des assurances

1) PRESENTATION DU COURTIER

Solidaire Assur, marque d'ID Neuves Assurance – - SAS au capital de 445 000 euros dont le siège social est sis 517 avenue de la république, Marcq en Baroeul 59700 et immatriculée sous le numéro 817 439 755 à Lille. Le cabinet est joignable à contact@solidaire-assur.com ou par téléphone au 03 20 55 97 01. Immatriculée à l'ORIAS dans la catégorie « Courtier d'assurance » sous le numéro 16000591 (www.orias.fr - 1 Rue Jules Lefebvre, 75009 Paris.) Coordonnées de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 Place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

Dans le cadre de son activité, ID Neuves Assurance a souscrit une assurance de responsabilité civile auprès de BEAZLEY Solutions Ltd, 1 Rue St Georges, 75009 Paris, SIREN 491 499 075.

2) INFORMATIONS PREALABLES A LA FOURNITURE DU CONTRAT

ID Neuves Assurance n'est pas soumis à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec une ou plusieurs compagnies et se prévaut d'une analyse impartiale et personnalisée. Un chiffre d'affaires supérieur à 33 % généré en année N-1 avec la CCMO Mutuelle, 6, avenue du Beauvaisis, PAE du Haut Villé – 50993 – 60014 Beauvais Cedex - Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité N°780508073.

Pour la distribution de ce contrat, le cabinet est rémunéré sur la base :

D'une commission c'est-à-dire une rémunération incluse dans la prime d'assurance

En sus de notre obligation générale de conseil, nous sommes en mesure de vous proposer un service de recommandation personnalisée.

En cas de **réclamation** vous pouvez-vous adresser au service réclamation à l'adresse suivante Réclamation / Solidaire Assur / 517 avenue de la république / 59700 Marcq en Baroeul.

En cas d'échec de votre réclamation, vous pouvez vous adresser au **Médiateur de l'Assurance** par courrier à La Médiation de l'Assurance, Pôle CSCA, TSA 50110 75441 Paris CEDEX 09, ou par mail : le.mediateur@mediation-assurance.org.

"Dans le cadre de la vente à distance, notamment par téléphone ou internet (article L112-2-1 du Code des assurances) et d'un démarchage à domicile, à résidence ou au lieu de travail (article L.112-9 du code des assurance), toute personne physique qui adhère à un contrat d'assurance individuel 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 avec demande d'avis de réception ou par l'envoi d'un recommandé électronique pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à partir du jour où l'adhésion a pris effet ou du jour où l'adhérent reçoit un exemplaire du règlement, des statuts et à défaut la fiche d'information, si la date de réception de ces documents est postérieure à celle du jour où l'adhésion a pris effet, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Modèle de lettre de renonciation : «Je soussigné(e), déclare renoncer expressément à mon adhésion à la Garantie X, N°..... effectuée en date du J'ai bien noté que la garantie de mon contrat prend fin à compter de la date d'envoi de la présente lettre. Fait à ..., le... ». La lettre de renonciation doit être adressée à l'adresse figurant sur le bulletin d'adhésion à ID NEUVES ASSURANCES, 517 avenue de la République, 59700 MARQ EN BAROEUL."

Remis au client le

Fait en deux (2) exemplaires

Le Client

Nom & prénom :

Signature :

Le Courtier

représenté par Guillaume Delecourt

En sa qualité de directeur général



TRAITEMENT DES INFORMATIONS PERSONNELLES DES ASSURES DE SOLIDAIRE ASSUR MARQUE D'ID NEUVES ASSURANCE

Dans le cadre de l'application de ses activités d'intermédiation et de courtage en assurances, ID Neuves Assurance sera amené à traiter des données à caractère personnel pour le compte de l'ensemble des assurés ayant un ou plusieurs contrats d'assurances. Les différents traitements de données personnelles mis en œuvre par ID Neuves Assurance pour le compte de ses assurés sont les suivants :

- ⇒ Suivi de la gestion et de l'exécution des contrats d'assurances ;
- ⇒ Gestion de la lutte contre la fraude ;
- ⇒ Gestion de la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme.

SUR LE SUIVI DE LA GESTION ET DE L'EXECUTION DES CONTRATS D'ASSURANCE :

ID Neuves Assurance collecte et traite vos informations personnelles pour atteindre les finalités suivantes :

- La passation et la gestion des contrats d'assurances conclus avec ID Neuves Assurance ;

Cette gestion s'entend, notamment, par l'étude des besoins spécifiques pour vous proposer les contrats d'assurance les plus adaptés, l'examen et la surveillance du risque y incombant ainsi que la gestion des contrats de la phase pré contractuelle à la résiliation du contrat.

- La réalisation des opérations techniques nécessaires à la mise en œuvre des garanties et des prestations découlant de l'exécution des contrats d'assurances conclus avec ID Neuves Assurance ;
- L'élaboration de statistiques éventuelles et d'études actuarielles ;
- L'exercice des demandes et recours qui nous sont adressés.

Ce traitement est fondé sur l'exécution des mesures contractuelles nous unissant ainsi que sur le respect des dispositions légales applicables.

Les destinataires des données sont les suivants :

- ⇒ Les services internes d'ID Neuves Assurance spécifiquement habilités à gérer les modalités d'exécution des garanties et prestations des contrats d'assurances conclus, ainsi que les recours éventuels si nécessaires ;
- ⇒ Nos éventuels délégataires de gestion ainsi que les compagnies d'assurance auxquelles nous sommes rattachées dans le cadre exclusif de l'exécution des contrats nous unissant ;
- ⇒ Nos prestataires éventuels chargés de la réalisation de ces missions ;
- ⇒ S'il y a lieu, tout tiers habilité intervenant dans l'exécution du contrat (avocats, experts, ...) ;
- ⇒ S'il y a lieu, les bénéficiaires des droits relatifs au contrat ainsi que, de façon générale, tout tiers directement intéressé à l'exécution du contrat.

Les données personnelles sont conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle nous unissant. Elles font ensuite l'objet d'un archivage administratif à des fins probatoires, et ce conformément aux dispositions réglementaires actuelles, avant de faire l'objet d'une suppression.

Nous vous rappelons que vous disposez sur vos données personnelles, et ce conformément au Règlement (UE) 2016/679 sur la protection des données, des droits suivants : accès, rectification, suppression, limitation et portabilité des données.

En outre, vous pouvez demander d'établir des directives générales ou particulières sur le sort de vos données après décès.

Vous pouvez également demander à vous opposer au traitement de vos données.

Pour exercer vos droits, merci de contacter notre délégué à la protection des données (en y joignant une copie de justificatif de votre identité) par les moyens suivants :

- ⇒ Soit par mail en écrivant à l'adresse : fr.dpo_sgs@sgs.com
- ⇒ Soit par courrier en écrivant à l'adresse :

DPO – ID Neuves Assurance
Solidaire Assur
517 avenue de la république
59700 Marcq en Baroeul

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données personnelles ne sont pas respectés, vous pouvez instruire une réclamation directement auprès de la Commission nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

MODELE DE FORMULAIRE DE RETRACTATION

Veillez compléter et renvoyer le présent formulaire uniquement si vous souhaitez vous rétracter du contrat dans un délai de 14 jours conformément aux conditions des articles L221-18 et L221-18-1 du Code de la mutualité.

A l'attention de SOLIDAIRE ASSUR – 517 avenue de la République – 59700 MARCQ EN BAROEUL ou contact@solidaire-assur.com

Je soussigné(e) Mme/M* Nom de l'adhérent :
Prénom :
Demeurant N° et rue :
Code Postal :
Ville :

Vous notifie par le présent formulaire que je souhaite user de mon droit de rétractation et que je renonce expressément à la souscription de mon contrat MUTUELLE SANTE CITOYENNE.

Je vous remercie en conséquence de bien vouloir me rembourser les sommes que vous avez éventuellement perçues au titre de cette adhésion du fait du commencement de l'exécution du contrat à votre initiative.

Dans le cas où le contrat a commencé à être exécuté à mon initiative, je m'engage à rembourser à la mutuelle les prestations qui m'ont été réglées.

Date : ... / ... /

Signature de l'adhérent

**rayer la mention inutile*

MANDAT DE RÉSILIATION INDIVIDUEL

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

DONNE MANDAT Exprès à :

CCMO Mutuelle - 6 avenue du Beauvaisis - PAE du Haut-Villé - 60000 BEAUVAIS.

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, enregistrée au répertoire Sirène sous le n°780 508 073

Représentée par Xavier LARDEUX, Directeur commercial et marketing, qui accepte d'exercer le mandat et atteste avoir les capacités et qualités d'exercer tous les droits requis pour la conclusion et l'exécution de ce contrat.

Pour l'exécution de l'ensemble des démarches nécessaires à la résiliation du (des) contrat(s) frais de santé

n° : souscrit(s) auprès de l'organisme assureur actuel

Dénomination sociale :

Adresse :

n° RCS/SIREN ou SIRET :

à compter de la date de signature du présent mandat et uniquement pour permettre la souscription de nouveaux contrats frais de santé à effet du :

OBLIGATIONS DU MANDATAIRE

CCMO Mutuelle s'engage à exécuter personnellement son mandat dans le meilleur intérêt du mandant et à ne pas agir dans son intérêt propre, ni dans celui d'un tiers et dans les limites des pouvoirs qui lui ont été conférés par le présent mandat, et ce, conformément aux lois en vigueur.

CCMO Mutuelle s'engage à informer le mandant de toute situation le justifiant, ou à la demande de celui-ci, de l'état de l'exécution du mandat.

OBLIGATIONS DU MANDANT

Le mandant s'engage à tout mettre en œuvre afin de faciliter l'exercice des missions de la CCMO, notamment de lui communiquer l'ensemble des informations strictement nécessaires à l'exécution de son mandat.

Fait à le :

en deux exemplaires

Mention manuscrite « Bon pour Mandat »