|  |  |
| --- | --- |
| MUTUELLE DU PERSONNEL  DU GROUPE MATRA-HACHETTE  Soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité    22, rue René Coche. 92175 Vanves Cedex  Tél : 01.41.90.12.70 Télécopie : 01.41.90.12.77.  contact@mutuelle-matra-hachette.fr | **BULLETIN CHANGEMENT DE FORMULE** |

n° S.S.

Date de naissance : ………../…………../……………

Situation de Famille :

⬜ Célibataire ⬜ Marié ⬜ Concubin ⬜ Pacsé

Nombre d’enfants à charge : ………………………………………..

**DATE de Modification: ………../…………../……………**

……………………………….…

NOM :…………………………………………………………

PRÉNOM :……………………………………………………..

ADRESSE :…………………………………………………….

………………………………..………………………………

………………………………………………………………

…………………………………………………

mail : ………………………................................

Téléphone : ………………………………………………

Oui, je souhaite modifier mon adhésion à la Mutuelle du Personnel du Groupe Matra-Hachette.

Je choisis la formule suivante :

⬜ **ARGENT** ⬜ **OR**

#### Renseignements relatifs au conjoint/concubin/Pacsé

N° S.S.  Date de naissance : ………………………………..

NOM :……………………………………………..………. PRÉNOM………………………………………….………..………..

Votre conjoint (ou concubin, pacsé) bénéficie-t-il à titre personnel ou professionnel d’une autre « mutuelle » complémentaire ? ⬜ **OUI** ⬜ **NON**

*Dans l’affirmative, la Mutuelle Hachette interviendra sur présentation du décompte de remboursement de la première mutuelle.*

### ENFANT(S) A CHARGE

NOM PRÉNOM Date de naissance n° Sécurité Sociale

JOINDRE LES DOCUMENTS SUIVANTS :

* photocopie de l’attestation Sécurité Sociale ainsi que celle des bénéficiaires mentionnés ci-dessus
* certificat de concubinage ou attestation sur l’honneur, justificatif du PACS,
* certificat de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans
* un relevé d’identité bancaire (RIB)

J’ai pris bonne note que le reflet de mes décomptes Sécurité Sociale transitera entre la Caisse Primaire d’Assurance Maladie et MPGMH par télétransmission selon la procédure N.O.E.M.I.E. J’ai la faculté de refuser cette procédure en le notifiant sur papier libre joint au présent document.

Je reconnais avoir connaissance du fait que mon changement de formule est définitif (sauf cas particuliers prévus dans le Règlement Mutualiste).

**Signature de l’adhérent Date** : …………../……………/………………

précédée de la mention « lu et approuvé »

Les informations figurant dans ce document sont indispensables pour l’établissement et la gestion de votre dossier. Elles font l’objet d’un traitement automatisé. Conformément à l’Article 27 de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez obtenir à tout moment communication et, le cas échéant, rectification des informations détenues à votre nom.

**EXTRAIT DES STATUTS**

DEFINITION DES AYANTS DROIT

Les ayants-droit des membres participants qui bénéficient des prestations sont :

- conjoints, pacsés ou concubins,

- enfants jusqu’à 26 ans s’ils poursuivent leurs études, jusqu’à 18 ans s’ils sont en apprentissage,

- enfants handicapés-adultes titulaires d’une carte d’invalidité-adulte : ils sont garantis tant que les parents sont adhérents

PRESTATIONS

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

Le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l’adhérent.

Le délai de prescription au-delà duquel les membres ou leurs ayants droits ne sont plus fondés à faire valoir leurs droits aux prestations statutaires, est fixé à une durée de 2 ans à compter de la date de l’acte ou du fait motivant la prestation.

Ne donnent pas droit aux prestations prévues aux présents statuts, les maladies ou blessures indemnisées au titre de la loi sur les accidents du travail, ou en vertu de la législation sur les pensions militaires.

Sont exclus de nos garanties :

- les soins de toute nature non pris en charge par la Sécurité Sociale, notamment les soins esthétiques,

- les accidents ou maladies résultant d’une guerre civile ou étrangère,

- les frais d’hébergement en établissement de long et moyen séjour.

CARTE D'ADHERENT

La date de fin de droit figurant sur la carte de mutualiste délivrée à nos adhérents ne constitue qu’une présomption de garantie. Elle est sans valeur si l’adhérent (ou ses ayants-droit) est radié ou non à jour de ses cotisations.

RESILIATION

La demande de résiliation doit être formulée par écrit au moins un mois à l’avance. En cas de décès, la cotisation du trimestre en cours reste due.

La démission volontaire de la Mutuelle ne pourra donner lieu à réintégration qu’après l’expiration d’un délai de deux ans.

CHANGEMENT DE CATEGORIE

Le changement de catégorie R+ (Formule Or) à Ri (Formule Argent) ou U ou Ri à U (Formule Bronze) ne sera possible qu’en cas de modification de la situation familiale de l’adhérent.

COTISATIONS

La cotisation des membres participants est payable d’avance mensuellement ou trimestriellement par prélèvement bancaire ou trimestriellement par chèque. Tout retard dépassant 1 mois provoquera une mise en demeure d’avoir à régler lesdites cotisations dans un délai de quinze jours sous peine de radiation.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

TARIFS

- Régime BRONZE :

- Adhérent 2,75 % du plafond Sécurité Sociale, soit 86,05 € par mois en 2014

- Conjoint 1,71 % du plafond Sécurité Sociale, soit 53,51 € par mois en 2014

- Régime ARGENT :

- Adhérent 3,62 % du plafond Sécurité Sociale, soit 113,27 € par mois en 2014

- Conjoint 2,50 % du plafond Sécurité Sociale, soit 78,22 € par mois en 2014

- Régime OR :

- Adhérent 4,72 % du plafond Sécurité Sociale, soit 147,69 € par mois en 2014

- Conjoint 3,42 % du plafond Sécurité Sociale, soit 107,01 € par mois en 2014

PARRAINAGE

Un mois de cotisation offert à notre adhérent par nouvelle adhésion.