

BULLETIN D'ADHESION

Contrat Territorial Labellisé

JOINDRE IMPÉRATIVEMENT



- Photocopie de la dernière attestation vitale de chaque bénéficiaire
- Un R.I.B. original au nom de l'adhérent
- Photocopie recto-verso de la carte nationale d'identité de l'adhérent
- Justificatif d'adhésion de la précédente mutuelle
- Attestation de non majoration (si concerné)
- Arrêté de nomination (si entrée dans la FP depuis moins de 2 ans)

Date d'adhésion : 01 / __ / ____

Collectivité * : _____

ADHERENT(E)	Nom *	Prénom *	Né(e) le *	N° Sécurité Sociale *
Mr Mme Mlle	_____	_____	__/__/____	_ _ _ _ _ _ _ _ _
Adresse *	_____		Téléphone	__/__/__/____
			Portable	__/__/__/____
Code postal *	_____	Commune *	_____	
CONJOINT(E)	Nom	Prénom	Né(e) le	N° Sécurité Sociale
Mr Mme Mlle	_____	_____	__/__/____	_ _ _ _ _ _ _ _ _
ENFANT	_____	_____	__/__/____	_ _ _ _ _ _ _ _ _
ENFANT	_____	_____	__/__/____	_ _ _ _ _ _ _ _ _
ENFANT	_____	_____	__/__/____	_ _ _ _ _ _ _ _ _
ENFANT	_____	_____	__/__/____	_ _ _ _ _ _ _ _ _
E-M@il	_____		Date d'entrée dans la FPT *	__/__/____

Données personnelles : Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la MOAT pour la gestion de votre dossier adhérent. Elles sont conservées pendant toute la durée de votre adhésion et jusqu'à deux années après la résiliation de votre contrat. Elles sont uniquement destinées au personnel en charge de la gestion de votre dossier à la MOAT. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le Correspondant Informatique et Libertés de la MOAT (cil@moat.fr) au 21 rue Jules Ferry - 60000 BEAUVAIS. Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire à l'adresse <https://conso.bloctel.fr>

Signature de l'adhérent *

La signature du présent bulletin d'adhésion par le membre participant vaut acceptation sans réserve du règlement mutualiste porté au verso

Votre option de base * (Cochez la case correspondante)

ENVOL
 TRANQUILLITÉ
 PLÉNITUDE

Vos garanties supplémentaires facultatives *

(Cochez les cases correspondantes ; un seul choix par ligne)

Prothèses Auditives	Base <input type="checkbox"/>	+1 <input type="checkbox"/>	+2 <input type="checkbox"/>
Prothèses Dentaires	Base <input type="checkbox"/>	+1 <input type="checkbox"/>	+2 <input type="checkbox"/>
Actes Spécialisés	Base <input type="checkbox"/>	+1 <input type="checkbox"/>	+2 <input type="checkbox"/>
Orthodontie	Base <input type="checkbox"/>	+1 <input type="checkbox"/>	+2 <input type="checkbox"/>
Petit Appareillage	Base <input type="checkbox"/>	+1 <input type="checkbox"/>	+2 <input type="checkbox"/>
Consultations Spécialistes	Base <input type="checkbox"/>	+1 <input type="checkbox"/>	+2 <input type="checkbox"/>
Verres	Base <input type="checkbox"/>	+1 <input type="checkbox"/>	+2 <input type="checkbox"/>

CADRE RESERVE A VOTRE EMPLOYEUR

Participation employeur *

OUI NON

Mode de versement

MOAT Agent

Montant _____ €

Précompte de la cotisation de l'agent sur son traitement *

OUI NON

Signature & cachet *

NE RIEN REMPLIR N° de collectivité : _____ N° d'adhésion : _____



Article 1 ADHERENTS

Peuvent adhérer à la Mutuelle les personnes physiques ou morales qui remplissent les conditions suivantes:

- En qualité de membre participant, toute personne payant la cotisation;
- Ne pas être âgé de plus de cinquante cinq ans au moment de l'adhésion. Passé cet âge, les demandes seront soumises à l'agrément du Conseil d'Administration; Toutefois aucune limite d'âge ne s'applique dès lors que l'adhérent souscrit à un contrat 'Fonction Publique Territoriale' avec participation de son employeur dans le cadre d'un contrat labellisé, ou un contrat 'Mutuelle de Village';
- En qualité de membre honoraire, toute collectivité territoriale ou établissement public, tout employeur ou organisme représentatif, dès lors qu'une contribution est apportée au financement des activités de la Mutuelle;

Les ayants droit du membre participant qui bénéficie des prestations de la Mutuelle sont:

Le conjoint (ou considéré comme tel), les enfants et éventuellement leurs ascendants ou petits enfants à charge;
Précisions relatives aux enfants et qui s'appliquent également aux petits enfants dès lors que ceux-ci sont à la charge du membre participant;
Sont admis en qualité d'ayants droit les enfants dès leur naissance et tant qu'ils sont soumis à l'obligation scolaire.

Au-delà, les enfants sont maintenus dans les effectifs de la mutuelle jusqu'à leur 25^{ème} anniversaire dans les conditions suivantes:

Les étudiants, les enfants bénéficiaires d'un contrat d'apprentissage, les enfants en formation, préformation, insertion professionnelle, etc...les enfants à la recherche d'un emploi, les enfants handicapés, infirmes ou incurables titulaires de la carte d'invalidité.

L'adhésion à la Mutuelle par le membre participant est personnelle et individuelle.

Elle fait l'objet d'un bulletin signé par la personne demandeuse comportant l'acceptation de la condition prévue à l'article 2.

Article 2 - ADHESIONS

Par son adhésion à la Mutuelle, le membre participant s'engage pour lui-même et ses ayants droit à respecter les statuts, le règlement intérieur, le règlement mutualiste et le règlement d'action sociale.

Article 3 DROIT D'ADHESION

Le droit d'adhésion à la Mutuelle est fixé à 10 € (dix euros), le produit est affecté au Fonds d'établissement.

Article 4 DATE D'EFFET

L'adhésion du membre participant ou l'inscription d'un ayant droit prend effet au 1^{er} du mois en cours si réception de la demande d'adhésion dûment remplie et signée entre le 1^{er} et le 20 du mois. Si réception de la demande d'adhésion après le 20 du mois en cours, celle-ci prend effet le 1^{er} du mois suivant.

Article 5 COTISATIONS

En fonction des garanties que le membre participant a choisi pour lui-même et ses ayants droit, le membre participant s'acquitte d'une cotisation annuelle dont le paiement peut être fractionné mensuellement ou trimestriellement.

La cotisation est fixée forfaitairement selon les garanties choisies. Elle est calculée en fonction de la composition de la famille et/ou par tranches d'âges.

En cas de souscription à un contrat «Fonction Publique Territoriale» avec participation de l'employeur dans le cadre d'un contrat labellisé, la cotisation peut être majorée d'un coefficient pour adhésion tardive. Celui-ci est calculé et appliqué selon les modalités fixées par arrêté ministériel, en application de l'article 28 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011.

Article 6 PRESTATIONS

La Mutuelle assure le versement des prestations en nature en complément de celles servies par les régimes obligatoires.

Les taux de remboursements sont définis dans le barème de prestations de l'option choisie par le membre participant et dont un exemplaire est annexé.

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

Toute demande de prestations complémentaires à l'assurance maladie ne pourra être recevable que dans un délai de deux ans à compter de la date des soins.

Article 7 CONTRATS

Fonction Publique Territoriale (labellisé):

- Option ENVOL;
 - Option TRANQUILLITE;
 - Option PLENTITUDE;
- Garanties supplémentaires.

Adhérents extérieurs et particuliers:

- Option A;
- Option B;
- Option C;

Mutuelle de Village:

- Option PREVENTION;
- Option CONFORT;
- Option QUIETUDE;
- Option SERENITE;

Entreprises:

- Les garanties souscrites et les taux des cotisations sont définis contractuellement entre l'employeur ou la personne morale et la Mutuelle.

Tous les contrats sont conformes aux critères des contrats dits "solidaires & responsables" en application du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, et du décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 pour le socle ANI du contrat entreprises.

Tous les contrats sont éligibles aux TNS, sauf le contrat Fonction Publique Territoriale labellisé en application du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011.

Article 8 MODIFICATIONS DES PRESTATIONS

Le membre participant peut améliorer ses garanties d'un mois sur l'autre. La fiche de modification des garanties doit être dûment complétée, datée et signée par le membre participant.

a) La modification prend effet le 1^{er} du mois en cours si réception de la fiche de modification entre le 1^{er} et le 20 du mois considéré.

b) La modification prend effet le 1^{er} du mois suivant si réception de la fiche de modification après le 20 du mois considéré.

Le membre participant peut réduire ses garanties après quatre années d'ancienneté, date de dernière modification de celles-ci.

La baisse de garanties ne sera prise en compte qu'après réception dans les services de la mutuelle de la proposition écrite préalablement établie à la demande du membre participant, portant la mention « bon pour accord » avec apposition de sa signature. La validation de cette proposition à l'échéance mentionnée est subordonnée à réception dans les délais indiqués et à restitution de la carte de tiers-payant mutualiste pour la période de validité en cours.

Article 9 DEMISSION

La démission qui ne peut être que personnelle doit être donnée par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile.

Elle prend effet le premier janvier suivant.

En ce qui concerne les ayants droit, la démission ou la radiation peut intervenir lorsque l'intéressé ne remplit plus les conditions prévues à l'avant dernier alinéa de l'article 7 des statuts

La notification prend effet le 1^{er} du mois suivant et avec un préavis de deux mois.

Les membres honoraires apportant leur contribution à la mutuelle en raison de l'adhésion de tout ou partie de leur personnel,

perdent la qualité de membre dès qu'ils n'apportent plus leur contribution financière.

La perte de la qualité d'adhérent entraîne ipso facto la démission d'office des fonctions électives exercées au sein du conseil d'administration et du comité d'audit, ainsi que des éventuelles fonctions représentatives au sein d'organismes externes.

Article 10 RECLAMATIONS

Conformément aux recommandations de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution, la Mutuelle a mis en place une procédure de traitement des réclamations visant à garantir le respect de la protection de la clientèle sur la vie du contrat.

Toute réclamation liée à l'application du présent règlement mutualiste doit être adressée par l'adhérent obligatoirement par écrit, par mail à reclamations@moat.fr

ou par courrier postal au « service réclamations – 21 rue Jules Ferry – 60000 BEAUVAIS ».

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, l'adhérent peut saisir le responsable de la conformité. Enfin, en application et dans les conditions de l'article 58 des statuts, si le désaccord persiste et si toutes les voies de recours internes ont été épuisées, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur dont les coordonnées lui seront fournies dans la réponse du responsable conformité.

Article 11 MODIFICATIONS APORTEES AU REGLEMENT MUTUALISTE

Toute modification apportée au présent règlement par décision du conseil d'administration est notifiée à chaque adhérent. Elle s'impose dès cette formalité accomplie.