

Bulletin d'adhésion

Informations PLEYEL SANTE

☐ **ADHÉSION**

☒ Vente à distance

☐ **MODIFICATION**

☐ Changement de garantie

☐ TFIN

☐ Ajout enfant

☐ Ajout conjoint

Numéro adhérent

Courtier **E04CM2400**

1 ☒ OUI, je souhaite adhérer

Civilité : ☐ M ☐ Mme

Statut : **RETRAITE(E) RESIDENT AU MAROC**

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Né(e) le :

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale française :

Régime d'assurance maladie :

Précisez :

☐ CNSS + CNAREFE

☐ AUTRE

☐ CFE + CPAM de Tours

Situation familiale :

☐ Célibataire

☐ Divorcé(e)

☐ Veuf(ve)

☐ Marié(e)

☐ Séparé(e)

☐ Union libre ou Pacsé(e) ²

Aviez-vous une mutuelle ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, date de radiation ¹ :

¹ Joindre, le cas échéant, un certificat de radiation pour l'exemption des délais d'attente.

² Joindre un certificat de concubinage (ou à défaut une déclaration sur l'honneur de vie commune) ou le pacte civil de solidarité si vous êtes pacsé.

2 ☐ Je souhaite garantir mon(ma) conjoint(e) ou concubin(e) immatriculé(e)

Civilité : ☐ M ☐ Mme

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Né(e) le :

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale française :

Inscrivez son propre numéro (à défaut, dans le cadre 4 - Personne (s) à charge)

Régime d'assurance maladie :

Précisez :

☐ CNSS + CNAREFE

☐ AUTRE

☐ CFE + CPAM de Tours

Aviez-vous une mutuelle ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, date de radiation ¹ :

¹ Joindre, le cas échéant, un certificat de radiation pour l'exemption des délais d'attente.

Statut :

Précisez :

☐ RETRAITE(E)

☐ AUTRE

3 Adresse

Adresse de résidence principale :

Code Postal :

Ville :

Pays :

E-mail :

Tél. domicile :

Tél. mobile :

Tél. mobile conjoint(e) / concubin(e) :

Indicatif pays :

Indicatif pays :

Indicatif pays :

Bulletin d'adhésion

4 Enfant(s) ou personne(s) à charge à inscrire

| Nom, Prénom | Date de naissance | N° d'immatriculation |
|-------------|-------------------|----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

5 Garantie choisie (pour l'ensemble des bénéficiaires)

 AGIR HARMONIE'R ☐

 AGIR CONFORT'R ☐

 AGIR SERENITE'R ☐

 AGIR PLENITUDE'R ☐

 ASSISTANCE MOBILITE INTERNATIONALE ☒

6 Votre adhésion

 Je souhaite l'échéance suivante pour ma cotisation : ☐ mensuelle ☐ trimestrielle ☐ semestrielle ☐ annuelle

Le montant de la cotisation sera de :

€

Je demande que ma cotisation soit prélevée d'avance le 10 de chaque mois d'échéance.

7 Date d'effet de la garantie

0 1 | | | | |

Sous réserve, le cas échéant, des délais d'attente prévus pour certaines prestations et de la réception du certificat de radiation ainsi que de l'encaissement de la première cotisation. Ce contrat est conclu dans le cadre d'une vente à distance. Vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour vous rétracter.

L'adhésion à cette gamme Santé entraîne l'adhésion automatique à la garantie Assistance Mobilité Internationale.

- Je déclare avoir reçu un exemplaire du règlement mutualiste Santé, des statuts de la Mutuelle ainsi que du descriptif détaillé de ma garantie dont j'accepte les dispositions et un exemplaire de la notice d'information de la garantie Assistance Mobilité Internationale. Je déclare également avoir pris connaissance des mesures et des contrôles mis en œuvre pour lutter contre le blanchiment des capitaux et dont j'accepte les termes.
- Je certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sont complets, sincères et exacts et ne sont pas susceptibles de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion par la Mutuelle.
- Je dispose à tout moment de la possibilité d'adresser une réclamation par courrier à : PLEYEL SANTE - Service Réclamation - 187, boulevard Anatole France - 93200 SAINT-DENIS.
- Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 06/01/78 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et de rectification sur toutes les informations me concernant. Je peux ainsi m'opposer à ce qu'elles soient communiquées à des tiers en adressant un courrier à : PLEYEL SANTE - 187, boulevard Anatole France 93200 SAINT-DENIS.

Fait à Paris le

courtier conseil

Signature de l'adhérent(e) (précédée de la mention « lu et approuvé »)

CAPITONE SAS

 Courtier en assurances
 231 rue Saint Honoré
 75001 PARIS

 +33 (0)7 67 04 10 20 / +212 (0)6 11 31 49 49
 informations@capitone.fr - www.capitone.fr
 RCS Paris : 839 134 863
 N° ORIAS : 18004392 - Code APE : 6622Z

Devoir d'information et de conseil

Dans le cadre de la conclusion d'un contrat d'assurance, la loi du 15 décembre 2005 et son décret d'application du 30 août 2006 ont mis en avant la nécessité d'un renforcement de la protection et du service des futurs assurés. Ce diagnostic nous est nécessaire pour déterminer de façon claire et exacte vos besoins et objectifs en matière d'assurance et d'adapter ainsi notre offre à votre situation.

1 Courtier conseil

CAPITONE SAS

Courtier en assurances

231 rue Saint Honoré - 75001 PARIS

+33 (0)7 67 04 10 20 / +212 (0)6 11 31 49 49

informations@capitone.fr - www.capitone.fr

RCS PARIS : 839 134 863 - N° ORIAS : 18004392 - Code APE : 6622Z

2 Informations légales

L'immatriculation peut être vérifiée auprès de :

ORIAS : Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurances

1 rue Jules Lefebvre - 75331 PARIS Cedex 09 - Tel : +33 (0)1 53 21 51 70 / www.orias.fr

Conformément aux dispositions de l'article L.520-1-II b du Code des assurances, le contrat qui vous est proposé a été sélectionné parmi les offres émanant d'organismes d'assurance ou de mutuelles partenaires privilégiés de notre cabinet. Nous tenons à votre disposition leurs noms et coordonnées sur simple demande de votre part. En cas de réclamation n'hésitez pas à nous contacter. Il est enfin rappelé les coordonnées de notre autorité de contrôle :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)

61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09

3 Vos informations personnelles

Civilité : ☐ M ☐ Mme Statut : **RETRAITE(E)**

Nom : Prénom :

Adresse de résidence principale :

Code Postal : Ville : Pays :

E-mail :

Tél. domicile : Tél. mobile : Tél. mobile conjoint(e) / concubin(e) :

Indicatif pays : Indicatif pays : Indicatif pays :

4 Personnes à inscrire sur le contrat

| | Date de naissance | Sexe |
|---------------------|----------------------|---|
| Vous : | <input type="text"/> | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Votre conjoint(e) : | <input type="text"/> | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| 1er enfant : | <input type="text"/> | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| 2ème enfant : | <input type="text"/> | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| 3ème enfant : | <input type="text"/> | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| 4ème enfant : | <input type="text"/> | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |

Devoir d'information et de conseil

5 Expression de vos besoins

Souhaitez-vous une couverture :

- ☒ pour l'ensemble des postes : hospitalisation, honoraires, pharmacie, dentaire, optique, appareillage, bien-être, prévention...etc ?
- ☐ pour l'ensemble des postes mais dans le cadre d'une consommation modérée pour la pharmacie, le dentaire et l'optique ?
- ☐ pour certains postes importants et coûteux : hospitalisation, dentaire et optique ?

6 Si vous souhaitez apporter d'autres informations spécifiques

7 Indiquez la solution sélectionnée

Compte tenu de ce diagnostic nous vous recommandons de souscrire la garantie proposée par AGIR SANTE :

Inscrivez en toutes lettres la formule choisie
Harmonie, Confort, Sérénité ou Plénitude

8 Date d'effet de la garantie

0 1 | | | | |

En fonction de la garantie choisie, cette date d'effet peut être différente de la date d'effet de certaines prestations soumises à des délais d'attente.

Vous trouverez, joint à ce diagnostic, un projet personnalisé présentant notre offre avec la cotisation et accompagné du détail de la garantie et des documents contractuels. Vous avez pris connaissance de toutes ces pièces et vous en acceptez les dispositions.

Vous reconnaissez également avoir pris connaissance du contenu du présent document préalablement à l'adhésion à la garantie proposée ci-dessus et en avoir conservé un exemplaire.

Vous reconnaissez enfin avoir choisi librement la garantie qui correspond à vos besoins de protection, à votre situation personnelle et professionnelle, à votre budget et situation financière et avoir obtenu réponse à vos différentes questions au regard de l'obligation de conseil.

Nous vous informons que dans le cadre d'une vente à distance, vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à compter de la conclusion du contrat, pour vous rétracter. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'organisme assureur, sur le modèle suivant, daté et signé : « Je soussigné(e), ..., demeurant ... demande à renoncer à mon adhésion et à recevoir, le cas échéant, le remboursement intégral de la cotisation déjà versée. ».

Fait à Paris le

| | | | |

courtier conseil

Signature de l'adhérent(e) (précédée de la mention « lu et approuvé »)

CAPITONE SAS

Courtier en assurances
231 rue Saint Honoré
75001 PARIS

+33 (0)7 67 04 10 20 / +212 (0)6 11 31 49 49
informations@capitone.fr - www.capitone.fr
RCS Paris : 839 134 863
N° ORIAS : 18004392 - Code APE : 6622Z

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **PLEYEL SANTE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **PLEYEL SANTE**. 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.

FR15ZZZ429062

Pays :

[illegible]

A retourner 5/8

Récapitulatif & justificatifs

1 Avez-vous complété, daté, paraphé et signé ?

- ☐ **Le bulletin d'adhésion** (complété, daté et signé)
- ☐ **Le devoir d'information et de conseil** (complété, daté et signé)
- ☐ **Le mandat de prélèvement SEPA** (complété, daté et signé)

2 Avez-vous joint à votre demande ?

- ☐ **Un relevé d'identité bancaire** (RIB de votre **compte en FRANCE - OBLIGATOIRE**).
- ☐ **Si vous êtes adhérent à la CFE** (Caisse des Français de l'Etranger) :
 - **Attestation de la CFE** (disponible dans l'espace assuré du site internet de la CFE - cfe.fr),
 - **Attestation de la CPAM de Tours** en Indre et Loire (disponible sur ameli.fr).
- ☐ **Si vous êtes adhérent à CNSS** (Caisse Nationale de Sécurité Sociale marocaine) **et au REGIME GENERAL en France** :
 - Copie de la **fiche d'adhésion à la CNSS**,
 - **Attestation de la CPAM de Seine et Marne - CNAREFE** (Centre National des REtraités Français de l'Etranger) sur ameli.fr.
- ☐ **Si vous êtes adhérent à CNSS** (Caisse Nationale de Sécurité Sociale marocaine) **et à un REGIME SPECIAL en France** :
 - Copie de la **fiche d'adhésion à la CNSS**,
 - **Attestation de la CPAM en France** : MSA, RSI, MGEN, MAEE...etc.
- ☐ **Si vous êtes adhérent à la MGEN Section Extra Metropolitaine (SEM)** :
 - **Attestation de la MGEN SEM**. Attention : l'inscription à la CNSS ou à la CFE au Maroc est désormais obligatoire.
- ☐ **Si vous souhaitez que nous nous chargions de la résiliation de votre mutuelle actuelle en cours** :
 - **Le modèle de lettre de résiliation** (à votre disposition sur notre site internet) complété, daté et signé, que nous adresserons à votre mutuelle en courrier recommandé avec accusé de réception,
 - En cas de résiliation pour «*changement de situation*» ajoutez toutes les copies des justificatifs nécessaires (carte de résident au Maroc, adhésion à la CFE ou à la CNSS...etc).
- ☐ Si vous aviez une mutuelle : **le certificat de radiation de votre ancienne mutuelle** (la radiation doit dater de **moins de 2 mois**).
- ☐ Si vous êtes en concubinage : **le certificat de concubinage** (ou à défaut **une déclaration sur l'honneur de vie commune**).
- ☐ Si vous êtes pacsé(e) : **le pacte civil de solidarité (PACS)**.
- ☐ Si votre enfant de moins de 28 ans est **apprenti** : **le contrat d'apprentissage et son attestation de Sécurité Sociale française**.
- ☐ Si votre enfant de moins de 28 ans est **étudiant, en contrat de qualification ou d'alternance** : **un certificat de scolarité, le contrat d'alternance ou de qualification et son attestation de Sécurité Sociale française**.

3 Où envoyer votre demande d'adhésion ?

AU MAROC

CAPITONE

Résidence Kasbah de Marrakech 1
Rue Capitaine Arrigui
40010 MARRAKECH - MAROC

EN FRANCE

AGIR SANTE

98 route de la Reine
92100 BOULOGNE BILLANCOURT - FRANCE

Attention : au Maroc, nous vous conseillons de

NE PAS ENVOYER VOTRE DOSSIER EN RECOMMANDE

(délais trop allongés et incertains)

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance



Mutuelle : PLEYEL SANTE - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité
SIREN : 784 451 569 - 187 boulevard Anatole France - 93200 SAINT DENIS

Produit : AGIR SANTE - Retraités français résidant fiscalement au Maroc

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 pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau et le renvoi des garanties.

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

Le produit AGIR SANTE est un contrat d'assurance complémentaire santé destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge des bénéficiaires du contrat, en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Il intervient en complément de la Sécurité sociale, de la CNSS et de la CFE mais couvre également des prestations non prises en charge par ces organismes. Les garanties respectent les conditions légales d'un contrat responsable. Ce contrat est ouvert à l'adhésion jusqu'à 75 ans ou 80 ans (âge par différence de millésime) selon la garantie choisie.



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.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, télévision, lit d'accompagnement pour l'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans et transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations, visites médecins, actes techniques médicaux, auxiliaires médicaux, radiologie, analyses de laboratoire, pharmacie
- ✓ **Frais d'optique** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact, opération des yeux par laser
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie, parodontologie, implantologie, blanchiment dentaire
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale, la CNSS ou la CFE** : audioprothèses, prothèses et orthèses
- ✓ **Bien-être et prévention** : liste complète à consulter dans le tableau des garanties

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Tiers payant intégral en France
- ✓ Télétransmission en France
- ✓ Analyse de devis en France (Maroc sous condition de réception du devis CNSS ou CFE)
- ✓ Géolocalisation des professionnels de santé conventionnés en France
- ✓ Espace personnel en ligne (consultation et téléchargement des garanties, formulaires de remboursement et d'entente préalable, conditions générales, consultation des remboursements, accès au réseau de soins)
- ✓ Assistance rapatriement en cas d'accident, de maladie ou de décès (France, Espagne, Maroc)



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les soins non pris en charge par la Sécurité sociale, la CNSS ou la CFE (à l'exception des soins garantis dans le tableau des garanties selon le niveau de garantie choisi)
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour
 - dans les établissements qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)
- ✗ La chambre particulière en ambulatoire, en psychiatrie et en gériatrie



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1 € et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Certaines prestations peuvent faire l'objet d'un délai de carence, d'une limitation en montant, en quantité et/ou en durée. Consultez le tableau des garanties. Par exemple :

- ! **Chambre particulière en France** : limitée à 90 jours (dont 30 jours en maison de repos, convalescence, rééducation, soins de suite et de réadaptation dès lors que le séjour est immédiatement consécutif à une hospitalisation médicale ou chirurgicale)
- ! **Frais de séjour et chambre particulière au Maroc** : limités à 30 jours par événement médical et dans le cadre du réseau de l'assiste
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans à compter de la date du dernier achat, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.



Où suis-je couvert(e)?

- ✓ En France et au Maroc (en dehors de ces 2 pays il est nécessaire de souscrire à titre personnel une assurance complémentaire pour les frais de santé)
- ✓ **La garantie d'assistance fonctionne en France, au Maroc et en Espagne (en dehors de ces 3 pays il est nécessaire de souscrire à titre personnel une garantie d'assistance)**



Quelles sont mes obligations ?

✓ A LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par la mutuelle
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat

✓ EN COURS DE CONTRAT

- **En cas d'hospitalisation programmée au Maroc l'appel préalable à l'assisteur est la règle (si possible 10 jours avant la date prévue de l'hospitalisation). Si l'adhérent est couvert par la CNSS, cette dernière émet un devis. Sur la base de ce devis, l'assisteur intervient en complément, dans la limite de la garantie souscrite. Le montant dû par la CNSS est versé directement à l'établissement hospitalier**
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle PLEYEL SANTE dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de la Sécurité sociale, de la CNSS ou de la CFE
- Informer la mutuelle des événements suivants, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans les deux mois qui suivent l'évènement : changement d'adresse, modification de la composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires (Sécurité sociale, CNSS ou CFE), changement de compte bancaire. Joindre impérativement les justificatifs



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat. Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (mensuel, trimestriel, semestriel)

Les paiements sont effectués par prélèvement automatique sur un compte bancaire français ou exceptionnellement par carte bancaire (dans le cas d'un fractionnement trimestriel, semestriel ou annuel)



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée au premier jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la mutuelle accompagnée des pièces justificatives et du règlement. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage, l'assuré dispose d'un **délai de rétractation de 14 jours**, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat)

L'adhésion est souscrite pour une durée initiale de 1 an minimum. Elle se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année. **La résiliation ne peut intervenir qu'après 1 année minimum d'adhésion** à la Mutuelle, allant de la date de prise d'effet jusqu'à la première échéance annuelle, située 12 mois ou plus après cette date d'adhésion, au 1er janvier de chaque année, après respect d'un délai de préavis de 2 mois

Le changement de garantie ne peut s'effectuer qu'à la date anniversaire du contrat. Lors du changement de garantie, la durée d'adhésion à la garantie précédemment souscrite n'est pas prise en compte



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- **à la fin de l'année civile, en nous adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique au moins deux mois avant cette date**
- en cas de modification de votre situation personnelle ayant une influence directe sur les risques garantis
- en cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique dans les 20 jours qui suivent la date de notification de la modification (cachet de la poste faisant foi)