



REMPART
MUTUELLE

BULLETIN D'ADHÉSION REMPART HOSPI

Protéger, au sens fort

Votre situation familiale	CHEF DE FAMILLE jusqu'à 55 ans	CHEF DE FAMILLE de 56 à 65 ans	CHEF DE FAMILLE de 66 à 74 ans
	<input type="radio"/> Individuel (RI) <input type="radio"/> Famille (RF)	<input type="radio"/> Individuel (SI) <input type="radio"/> Famille (SF)	<input type="radio"/> Isolé (VI) <input type="radio"/> Couple (VF)

Date d'adhésion souhaitée (sous réserve d'un dossier complet) :

Montant de l'indemnité hospitalière par nuit souhaité : 8€ 16€ 24€ 32€ 48€

Durée de la garantie : La garantie produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours. Elle est renouvelable chaque année par tacite reconduction pour une durée d'1 an. L'adhésion à la présente garantie est subordonnée à la souscription d'un contrat de complémentaire santé auprès de la Mutuelle du Rempart. La résiliation du contrat de complémentaire santé, effectuée selon la législation applicable en la matière, entraîne celle de la présente garantie.

SOUSCRIPTEUR	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M
--------------	------------------------------	----------------------------

Nom :

Prénom :

Nom usuel/marital :

Né(e) le : à :

Adresse (n°, voie, bâtiment,...) :

Code postal : Ville :

Email :

Tél.:

Profession :

CONJOINT	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M
----------	------------------------------	----------------------------

Nom :

Prénom :

Nom usuel/marital :

Né(e) le : à :

Profession :

ENFANTS À CHARGE (Enfants de moins de 21 ans s'ils poursuivent leurs études)		Indemnité hospitalière / nuit identique au souscripteur
Nom :	Prénom :	
Né(e) le :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nom :	Prénom :	
Né(e) le :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nom :	Prénom :	
Né(e) le :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

Pour le souscripteur et les éventuels bénéficiaires, je déclare :

- ne pas avoir été victime d'un accident corporel au cours des 5 dernières années
- ne pas être atteint d'une maladie chronique, d'un handicap ou de séquelles de maladie
- ne pas suivre de traitement médical
- ne pas avoir été hospitalisé pendant plus de 3 jours au cours des 5 dernières années (hors appendicite, amygdales ou grossesse)
- ne pas avoir à être hospitalisé ou à bénéficier d'exams autres que de prévention dans l'année

Pour les demandeurs âgés de plus de 12 ans, je déclare :

En fonction de ma taille, mon poids ne dépasse pas les limites indiquées dans le tableau ci-dessous :

Taille en cm	140 à 150	151 à 155	156 à 160	161 à 165	166 à 170	171 à 175	176 à 180	181 à 185	186 à 190	191 à 195	+ de 196
Poids en kg	35 à 60	40 à 65	42 à 70	42 à 75	50 à 80	55 à 85	60 à 90	63 à 95	65 à 100	70 à 110	75 à 120

J'atteste répondre aux conditions énoncées ci-dessus : OUI NON

Sinon, ma demande d'adhésion sera soumise à l'étude d'un questionnaire médical.

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales d'adhésion à REMPART HOSPI.

Je m'engage à respecter toutes les obligations qui en découlent, à signaler toute information susceptible de modifier les garanties souscrites.

Je déclare sincère et véritable l'ensemble des renseignements indiqués.

Conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données à caractère personnel, en particulier au règlement européen du 27 avril 2016 dit « RGPD », ainsi qu'à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, les informations transmises via ce formulaire sont destinées à la Mutuelle du Rempart sa qualité de responsable du traitement, et éventuellement, à ses mandataires, partenaires, sous-traitants et/ou réassureurs, ainsi qu'aux autorités de contrôle compétentes, pour la gestion de votre contrat d'adhésion. La base légale du traitement est l'exécution contractuelle du présent contrat de garantie. Les données sont conservées durant la relation contractuelle, puis jusqu'aux termes des délais de prescription. Les données collectées seront communiquées au seul destinataire suivant : Médecin Conseil. Vous bénéficiez d'un droit d'information, d'accès aux données vous concernant, de rectification, de limitation, d'effacement, de portabilité. Vous pouvez exercer vos droits auprès du DPO désigné par la Mutuelle du Rempart : Cabinet LEXAGONE - 9, rue Léon SALEMBOIN - 59 200 TOURCOING (adresse postale) ou dpo@rempartmutuelle.fr (adresse électronique). De même, conformément aux dispositions de l'article 77 du RGPD, vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL en cas de violation alléguée du RGPD en écrivant à : CNIL - 3, place de FONTENOY - TSA 80715 - 75 334 PARIS Cedex 07 ou sur leur site internet : <https://www.cnil.fr>. Par ailleurs, conformément au Code de la consommation, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en vous connectant sur le site www.bloctel.gouv.fr

CADRE RÉSERVÉ À LA MUTUELLE DU REMPART		
Agence :	N° Mutuelle :	
Date d'effet :	Cotisation : €/mois	
Votre 1 ^{er} règlement par : <input type="radio"/> CB <input type="radio"/> Chèques <input type="radio"/> Espèces <input type="radio"/> Prélèvement		

DÉLAIS D'ATTENTE OU STAGE	Souscripteur	Conjoint	Enfants
Attente certificat de radiation	<input type="radio"/> Stage	<input type="radio"/> Stage	<input type="radio"/> Stage
Hospitalisation	<input type="radio"/> aucun <input type="radio"/> 3 mois <input type="radio"/> 6 mois	<input type="radio"/> aucun <input type="radio"/> 3 mois <input type="radio"/> 6 mois	<input type="radio"/> aucun <input type="radio"/> 3 mois
Maternité	<input type="radio"/> aucun <input type="radio"/> 10 mois	<input type="radio"/> aucun <input type="radio"/> 10 mois	<input type="radio"/> aucun <input type="radio"/> 10 mois

CONDITIONS GÉNÉRALES DE VOTRE GARANTIE REMPART HOSPI

CODE OPTION	MONTANT DE L'INDEMNITÉ par nuit	CHEF DE FAMILLE jusqu'à 55 ans COTISATION MENSUELLE		CHEF DE FAMILLE de 56 à 65 ans COTISATION MENSUELLE		CHEF DE FAMILLE de 66 à 74 ans COTISATION MENSUELLE	
		Individuel (RI)	Famille (RF)	Individuel (SI)	Famille (SF)	Isolé (VI)	Couple (VF)
HA	8 €	1,60 €	3,80 €	2,20 €	5,40 €	3,80 €	6,00 €
HC	16 €	3,20 €	7,60 €	4,40 €	10,80 €	7,60 €	12,00 €
HE	24 €	4,80 €	11,50 €	6,70 €	16,30 €	11,50 €	18,00 €
HG	32 €	6,40 €	15,30 €	8,90 €	21,70 €		
HP	48 €	9,60 €	23,00 €	13,40 €	32,60 €		

Les présentes conditions générales sont établies en conformité avec les règles statutaires et le règlement de REMPART MUTUELLE.

Membre participant : personne âgée de moins de 75 ans à la date de la demande de souscription.

Bénéficiaires : membre participant et/ou ayants droit âgés de moins de 75 ans.

Délai d'attente ou stage : période pendant laquelle la garantie n'est pas encore en vigueur.

Événements garantis : tous les séjours correspondant à une hospitalisation pour raison chirurgicale ou médicale (sauf exclusions ci-dessous).

Hospitalisation : tout séjour minimal de 24 heures dans un établissement agréé par la Sécurité Sociale, à l'exclusion des établissements de cure, maisons de soins de suite (convalescence, repos, réadaptation), rééducation, gériatrie et neuropsychiatrie.

EFFET DE LA GARANTIE

Accident : garantie immédiate

Hospitalisation médicale ou chirurgicale, maternité : sous réserve de l'accord du Médecin Conseil au vu du questionnaire médical, la garantie est acquise à l'issue d'un délai d'attente :

- de 3 mois en hospitalisation médicale ou chirurgicale pour les personnes ayant moins de 66 ans,
- de 6 mois en hospitalisation médicale ou chirurgicale pour les personnes âgées de 66 à 75 ans,
- de 10 mois en maternité.

Ce délai n'est pas appliqué pour les membres participants produisant un certificat de radiation de moins de 2 mois émanant d'un organisme complémentaire au titre de garanties de prévoyance, ni pour les enfants qui viennent de naître et dont les parents bénéficient déjà de cette couverture.

CONTENU DE LA GARANTIE

Versement d'une indemnité hospitalière pour chaque nuit d'hospitalisation, et ce dès la première nuit.

Son montant est doublé :

- après 60 jours d'hospitalisation consécutifs,
- en cas d'hospitalisation d'urgence à plus de 300 kilomètres du domicile du bénéficiaire.

COTISATION ANNUELLE

L'âge du chef de famille détermine dans tous les cas le montant de la cotisation. Celle-ci est payable d'avance par année, semestre, trimestre, mois (uniquement par prélèvement) simultanément à la cotisation de la garantie santé de base. Par « Famille », on entend un couple + enfant(s), la cotisation est alors familiale et globale. Le terme « Individuel » s'entend pour une personne (adulte ou enfant), la cotisation s'applique pour chacun des bénéficiaires, à savoir toutefois que seul le 1^{er} enfant cotise.

RÈGLEMENT DES INDEMNITÉS

Les indemnités sont versées automatiquement dès que la Mutuelle a connaissance d'une hospitalisation, après vérification des droits et du bénéfice à prestations. Le membre participant s'engage à communiquer au Médecin Conseil de la Mutuelle toute pièce médicale pour apprécier si l'hospitalisation s'inscrit bien dans le cadre des garanties. En cas d'absence de versement, le membre participant dispose d'un délai de 90 jours pris en compte dès la fin de l'hospitalisation pour exercer une réclamation auprès de la Mutuelle.

EXCLUSIONS

Hospitalisations consécutives à des séjours pour :

- des affections constatées antérieurement à l'adhésion.
- des actes volontaires du bénéficiaire, notamment toxicomanie, alcoolisme, tentative de suicide, participation à des émeutes, rixes (sauf cas de légitime défense), délit.
- des opérations de chirurgie esthétique.
- des cures de rajeunissement ou d'amaigrissement.
- des interventions pour fausse-couche ou avortement.

RENONCIATION

Je dispose d'un délai de renonciation de 14 jours à compter de la date de signature du présent bulletin d'adhésion.

DURÉE DE LA GARANTIE

La garantie est effective jusqu'au 75^{ème} anniversaire du membre participant.

La période de couverture correspond à l'année civile. L'échéance annuelle est fixée au 31 décembre.

Pour les membres participants affiliés à un régime de Sécurité Sociale étudiante jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire) la période de couverture correspond à l'année universitaire (1^{er} septembre au 31 août).

L'adhésion se renouvelle chaque année par tacite reconduction.

Conformément aux dispositions de la résiliation infra annuelle, la garantie REMPART HOSPI pourra être résiliée, sans frais ni pénalités, à tout moment sous réserve de respecter un délai de préavis d'un (1) mois et de justifier au moins d'une (1) année d'adhésion (article L. 221-10-2 du Code de la mutualité). Le non-paiement de la cotisation entraîne la résiliation de la garantie.

Fait à

Signature obligatoire précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé ».

Le



QUESTIONNAIRE MÉDICAL

A remplir par le Candidat à l'adhésion et à joindre à la demande d'adhésion REMPART HOSPI

Protéger, au sens fort

VOS DONNÉES PERSONNELLES

M Mme

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Sexe : M F

Adresse (n°, voie, bâtiment,...) : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

Téléphone professionnel : _____

Email : _____

Lisez attentivement le questionnaire médical ci-dessous, si vous ne remplissez pas les conditions ci-dessous exposées, votre candidature à l'adhésion ne pourra pas être acceptée.

CONJOINT

Mme M

Nom : _____ Prénom : _____

Nom usuel/marital : _____ Né(e) le : _____ à : _____

ENFANTS À CHARGE (Enfants de moins de 21 ans s'ils poursuivent leurs études)

Nom : _____ Prénom : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Nom : _____ Prénom : _____

DÉCLARATION DE VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous devez impérativement les transmettre sous pli cacheté au médecin conseil du service médical de la Mutuelle, que la réponse concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours.

M. Le Médecin Conseil de la MUTUELLE DU REMPART : 1, rue d'Austerlitz - CS27261 - 31072 Toulouse Cedex 6

Toutes les cases doivent être renseignées	Souscripteur Age _____ Taille _____ Poids _____	Conjoint Age _____ Taille _____ Poids _____	1 ^{er} enfant Age _____ Taille _____ Poids _____	2 ^{ème} enfant Age _____ Taille _____ Poids _____	3 ^{ème} enfant Age _____ Taille _____ Poids _____
Avez-vous été victime d'un accident ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Quand ?	.....	.....	.....	.....	.....
Cause ?	.....	.....	.....	.....	.....
Séquelles ?	.....	.....	.....	.....	.....
Avez-vous été ou êtes-vous atteint(e) d'une maladie chronique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Laquelle ?	.....	.....	.....	.....	.....
Depuis quand ?	.....	.....	.....	.....	.....
Suivez-vous un traitement médical ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Lequel ?	.....	.....	.....	.....	.....
Depuis quand ?	.....	.....	.....	.....	.....
Avez-vous été hospitalisé(e) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Date de cette hospitalisation ?	.....	.....	.....	.....	.....
Cause ?	.....	.....	.....	.....	.....
Dans les prochains mois, allez-vous suivre un traitement médical ou une intervention chirurgicale ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Cause ?	.....	.....	.....	.....	.....
Date prévue ?	.....	.....	.....	.....	.....
Nom et adresse de votre médecin traitant (facultatif )	.....			

Des informations complémentaires peuvent être demandées selon la nature des événements médicaux déclarés.

Je déclare :

- avoir lu et compris chacune des déclarations,
- m'engager à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date d'effet de mon adhésion au règlement mutualiste souscrit auprès de ma Mutuelle.
- avoir été informé que mes réponses à ce questionnaire sont indispensables à la gestion de mon contrat d'assurance.

Je certifie que les réponses sont sincères et véritables et affirme n'avoir rien dissimulé qui puisse induire en erreur la Mutuelle et risquer de fausser la décision qu'elle doit prendre au sujet de la garantie proposée. Je déclare avoir pris connaissance de l'extrait de l'article L.221-14 du code de la Mutualité reproduit ci-après : "Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de [l'adhérent], quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle."

A défaut, ma demande d'assurance ne pourrait être prise en considération.

Conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données à caractère personnel, en particulier au règlement européen du 27 avril 2016 dit « RGPD », ainsi qu'à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, les informations transmises via ce formulaire sont destinées à la Mutuelle du Rempart sa qualité de responsable du traitement, et éventuellement, à ses mandataires, partenaires, sous-traitants et/ou réassureurs, ainsi qu'aux autorités de contrôle compétentes, pour la gestion de votre contrat d'adhésion. La base légale du traitement est l'exécution contractuelle du présent contrat de garantie.

Les données sont conservées durant la relation contractuelle, puis jusqu'aux termes des délais de prescription

Les données collectées seront communiquées au seul destinataire suivant : Médecin Conseil.

Vous bénéficiez d'un droit d'information, d'accès aux données vous concernant, de rectification, de limitation, d'effacement, de portabilité. Vous pouvez exercer vos droits auprès du DPO désigné par la Mutuelle du Rempart :

Cabinet LEXAGONE - 9, rue Léon SALEMBIEN - 59 200 TOURCOING (adresse postale) ou dpo@rempartmutuelle.fr (adresse électronique). De même, conformément aux dispositions de l'article 77 du RGPD, vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL en cas de violation alléguée du RGPD en écrivant à : CNIL - 3, place de FONTENOY - TSA 80715 - 75 334 PARIS Cedex 07 ou sur leur site internet : <https://www.cnil.fr>. Par ailleurs, conformément au Code de la consommation, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en vous connectant sur le site www.bloctel.gouv.fr

Signature obligatoire précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé ».

Fait à Le