



178 rue Montmartre 75096 PARIS CEDEX 02
 Tél. : 01.55.80.49.00 - Fax : 01.55.80.49.99
 Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la
 mutualité-Immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro
 Siren n° 775 671 902 - www.mutuelles.biz

Formalisation du devoir de conseil Recueil des besoins

Pour répondre au mieux à vos besoins en matière de protection santé, nous vous remercions de nous retourner ce document dûment rempli et signé, soit en le déposant sur notre portail www.mutuelles.biz, soit par courrier à l'adresse suivante : GIE Groupe Nation – Service Adhésion Individuelle MIP – 178 rue Montmartre – 75082 PARIS CEDEX 02

Il vous permet de définir vos souhaits et objectifs personnels en matière de complémentaire Santé et/ou Prévoyance.

A réception, nous vous adresserons une offre individuelle, en adéquation avec vos besoins exprimés et adaptée à votre situation.

Votre interlocuteur : MIP 178 rue Montmartre 75096 PARIS CEDEX 02 - Tél. : 01.55.80.49.00 - Fax : 01.55.80.49.99. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité-Immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren n° 775 671 902

Votre situation personnelle

Mme Mlle M Nom : Prénom :

N° Sécurité sociale : [.....] Adresse email :@.....

Date de Naissance : [.....] Commune de naissance :

Département et pays de naissance :

Adresse personnelle :

Code Postal : [.....] Ville :

Votre situation professionnelle Retraité(e) Salarié(e) Profession libérale Autre :

Votre garantie concerne Vous-même Votre conjoint(e) /Concubin(e)/Partenaire de PACS : Age :

Vos enfants. Nombre d'enfants : de moins de 20 ans : de plus de 20 ans et moins de 26 ans :

Etes-vous bénéficiaire : de la CMU (Couverture Maladie Universelle) de l'ACS (Aide au paiement d'une Complémentaire Santé)

Vos objectifs Souscrire à un régime d'assurance santé individuelle de prévoyance

Vos besoins

Expression de vos besoins

Quels sont vos besoins sur les 5 postes clés ci-dessous ? (Exprimé selon l'importance du besoin sur une échelle de 1 à 5 ; 1 : besoin le plus faible ; 5 : besoin le plus élevé).

	1	2	3	4	5
Hospitalisation					
Consultation					
Dentaire					
Optique					
Prévention					

Date d'effet de la garantie souhaitée : 01 / ___ / _____

Votre budget mensuel :

Moins de 100 € De 100 à 150 € Supérieur à 150€

Pour les honoraires médicaux, souhaitez-vous :

À hauteur du ticket modérateur
 Avec prise en charge de dépassements d'honoraires

Avez-vous des besoins en optique ?

Oui Non

Avez-vous des besoins particuliers en dentaire ?

Non

Oui : En Prothèse En Soins En Implantologie

Souhaitez-vous un contrat éligible à la déductibilité fiscale des cotisations dans les conditions et limites de la loi « Madelin » et du Code Général des Impôts ? Oui Non
 (Concerne les artisans, les commerçants et les professions libérales)

Votre situation

Avez-vous déjà été adhérent MIP ? Oui Non

Si Oui sous quelle garantie :

Vous êtes fonctionnaire et souhaitez une garantie labellisée ?

Oui Non

Vous résidez à l'étranger et bénéficiez de la Sécurité sociale française ? Oui Non de la *CFE ? Oui Non
 *(Caisse des Français de l'Etranger)



178 rue Montmartre 75096 PARIS CEDEX 02
Tél. : 01.55.80.49.00 - Fax : 01.55.80.49.99
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la
mutualité-Immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro
Siren n° 775 671 902 - www.mutuelles.biz

Formalisation du devoir de conseil Recueil des besoins

Demandes spécifiques

.....
.....
.....

Identification du contrat proposé

Au vu des besoins que vous aurez exprimés, nous vous adresserons un projet personnalisé, présentant la ou les garanties proposées, avec le montant des cotisations mensuelles.

Il constitue une solution au regard de votre situation, des besoins que vous aurez exprimés et du budget consenti, sous réserve des exclusions et limitations pouvant résulter de vos déclarations.

En application des articles L. 221-18 et L. 221-18-1 du Code de la mutualité : - Dans le cadre d'une adhésion à la Mutuelle issue d'une vente à distance, vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires pour renoncer à votre adhésion. Ce délai commence à courir, à compter du jour où l'adhésion a pris effet. En cas de réclamation, vous pouvez nous contacter directement au : 01 55 80 49 00.

Nous restons à votre entière disposition et nous vous prions de croire à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Votre mutuelle MIP

Document à nous retourner dûment signé et rempli.

Fait à : Le :

Votre signature

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, les informations transmises via ce document sont destinées à MIP en sa qualité de responsable du traitement. Les données collectées sont nécessaires à la gestion des garanties souscrites et des services associés. Le traitement des données se fait dans le respect du Code de la consommation, du Code de la mutualité et du Code monétaire et financier dans le cadre du dispositif de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Elles sont destinées aux services concernés de MIP et le cas échéant à ses sous-traitants et prestataires. Elles sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle et sous réserve des prescriptions légales. Vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès de MIP par courrier : MIP - 178 rue Montmartre 75096 PARIS CEDEX 02 ou sur l'espace privé du site internet de la Mutuelle. Vous disposez également d'un droit de suppression, de limitation, d'opposition et du droit à la portabilité des données vous concernant. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant votre identité pour des raisons de sécurité et éviter toute demande frauduleuse, sur simple demande écrite par courrier : MIP - Délégué à la protection des données - 178 rue Montmartre 75096 PARIS CEDEX 02. La Mutuelle dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de la demande pour répondre aux sollicitations. Vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), autorité compétente de contrôle : www.cnil.fr