

Cadre réservé à la Mutuelle	Références groupe - section	.....	Conseiller	WEB
-----------------------------	-----------------------------	-------	------------	-----



## SOUSCRIPTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE SANTE

### Devoir de conseil - Détection de besoin

Informations et conseils préalables à la conclusion du contrat d'assurance fournis en application du code des assurances (articles L 520-1-II et R 520-2).

**Informations générales :** Le Libre Choix est une Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au Registre National des Mutuelles sous le N° 783 747 793, dont le siège social est situé Boulevard de l'Europe à Maubeuge (59600).

**Autorité de contrôle :** Notre activité est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). L'ACPR est une autorité indépendante qui veille à ce que les assurés disposent d'une bonne information et que les pratiques commerciales des organismes d'assurance soient régulières. Elle peut être saisie à votre initiative par courrier ou internet, si vous considérez que nos pratiques présentent des anomalies ou des dysfonctionnements significatifs.

**Par courrier :** Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09

**Par internet :** [acpr.banque-france.fr](http://acpr.banque-france.fr)

#### IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

Raison sociale :

Représentée par :

N° SIRET :

CCN appliquée :

Date d'adhésion souhaitée : 01 / / 20

#### ADRESSE :

#### COORDONNEES

Téléphone : / / /

Mail :

#### CATEGORIE DE PERSONNEL COUVERT :

☐ Cadre

☐ Non cadres

☐ Ensemble du personnel

☐ Autres\* (préciser) :

\*les critères utilisés pour définir cette catégorie doivent être conformes aux dispositions de l'article R242-1-1 du Code de la Sécurité sociale

Effectif actif à couvrir :

Effectif porté à couvrir :

#### BENEFICIAIRES A COUVRIR AU TITRE DU CONTRAT OBLIGATOIRE :

☐ Salarié avec ou sans enfant

☐ Famille

Les informations recueillies sont enregistrées dans un fichier informatisé par Choralis – Mutuelle Le Libre Choix pour la gestion de votre dossier adhérent. Elles sont conservées pendant 3 ans après la résiliation de votre contrat et sont destinées au service gestion de la Mutuelle.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant notre Délégué à la Protection des Données : soit en écrivant au siège de la Mutuelle, soit par courrier électronique : [dpo@lelibrechoix.fr](mailto:dpo@lelibrechoix.fr)

Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://conso.bloctel.fr/>

### BESOINS DU SOUSCRIPTEUR :

Nous attirons votre attention sur l'importance de la sincérité des réponses que vous apporterez aux questions posées par la mutuelle. Toute fausse déclaration peut vous exposer à une annulation de votre contrat et à l'absence de couverture en cas de sinistre.

☐ Je souhaite couvrir mes employés uniquement sur la garantie de base conventionnelle

☐ Je souhaite aller au-delà de la garantie de base conventionnelle.

Dans ce cas, veuillez cocher les renforts souhaités sur les 5 postes clés ci-dessous (renfort 1 = besoin le plus faible, ..., renfort 3 = besoin le plus fort)

RENFORT DE GARANTIES	BASE	RENFORT 1	RENFORT 2	RENFORT 3
Soins courants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Optique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentaire (soins, prothèses, orthodontie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Audiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### PROPOSITION DE LA MUTUELLE :

Si vous avez coché :

La colonne **BASE** uniquement, nous vous conseillons de souscrire à la garantie : **CCN COIFFURE Base conventionnelle**

Au moins un **Renfort 1**, nous vous conseillons de souscrire à la garantie : **CCN COIFFURE FORMULE 1**

Au moins un **Renfort 2**, nous vous conseillons de souscrire à la garantie : **CCN COIFFURE FORMULE 2**

Au moins un **Renfort 3**, nous vous conseillons de souscrire à la garantie : **CCN COIFFURE FORMULE 3**

Au tarif de\* :

Salarié et enfants <b>obligatoire*</b>	% du PMSS/mois
Conjoint <b>obligatoire / facultatif **</b>	% du PMSS/mois

\* reportez le montant de la cotisation indiqué sur la fiche tarifaire valable jusqu'au 31/12 de l'année en cours. \*\* rayez la mention inutile.

Vous reconnaissez avoir pris connaissance du contenu du présent document préalablement à l'adhésion au contrat d'assurance complémentaire santé et avoir reçu une information sur l'étendue, la définition des risques et des garanties proposées.

Je soussigné(e), ..... confirme avoir bénéficié et exprimé toutes les informations nécessaires avant la souscription de l'adhésion de l'entreprise, ce qui m'a permis de choisir les garanties adaptées à mes besoins.

Fait en 2 exemplaires à ..... le .....

Signature souscripteur

### CHOIX DU SOUSCRIPTEUR

☐ Je soussigné(e), ....., accepte la solution proposée par la mutuelle, choisis de souscrire à la garantie .....\*\*\* et déclare avoir reçu une information sur l'étendue et la définition de la garantie.

☐ Je soussigné(e), ....., reconnais avoir reçu et pris connaissance des préconisations de la mutuelle. Je déclare également avoir reçu une information sur l'étendue et la définition de la garantie, **mais décide de retenir mon propre choix, à savoir la garantie .....\*\*\* et d'en assumer toutes les conséquences.**

Fait à ..... le .....

Signature souscripteur

\*\*\* reporter le nom de la garantie choisie