

## Formalisation du devoir de conseil Recueil des besoins

### Informations préalables

Cette étude, valant fiche d'information et de conseil est nécessaire et obligatoire :

- Pour mieux vous connaître ;
- Pour nous assurer de part et d'autre que vos besoins et attentes ont bien été pris en compte.

**A NOTER : Mutuelle Mip propose exclusivement des garanties liées aux frais de soins de santé (mutuelle). En conséquence, nous ne serons pas en mesure de vous proposer de contrat couvrant des garanties telles que le maintien de salaires, l'assurance emprunteur, le décès ou l'accident.**

Nous vous remercions de bien vouloir en valider l'exactitude avant signature. Un exemplaire doit être conservé par vos soins, l'autre doit nous être retourné :

- Soit en le déposant sur notre portail [www.mutuelle-mip.fr](http://www.mutuelle-mip.fr),
- Soit par courrier à l'adresse suivante : Mutuelle Mip – Service Adhésion Individuelle – 107 rue Saint-Lazare | CS 23203 | 75009 PARIS.

### Votre identité

Madame  Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance :

Code Postal :  Ville : .....

Régime d'assurance maladie :  Général  Alsace Moselle  Autre : .....

Activité :  Salarié  Travailleur Non Salarié (TNS)  Agent Fonction publique Territoriale  
 Sans emploi  Etudiant  Retraité  
 Autre : .....

Etes-vous bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) ? :  Oui  Non

### Vos besoins

**L'objectif est de définir de façon précise vos attentes en matière de complémentaire santé, afin de vous conseiller au mieux et de vous proposer un contrat adapté à votre situation, à votre budget ainsi qu'aux besoins que vous aurez exprimés.**

### Les bénéficiaires

Pour :  Vous  Vous et votre conjoint(e). Date de naissance de votre conjoint(e) :

Souhaitez-vous assurer vos enfants à charge :  Oui  Non

Date de naissance des enfants à assurer :     1<sup>er</sup> enfant     2<sup>ème</sup> enfant    3<sup>ème</sup> enfant

L'affiliation des enfants à charge âgés de plus de 20 ans est soumise à conditions décrites dans la Notice d'information.

## Formalisation du devoir de conseil Recueil des besoins

### Vos besoins spécifiques, une seule réponse par question

- 1) Vous bénéficiez déjà d'une couverture complémentaire (en tant que salarié par exemple) et vous souhaitez améliorer vos remboursements avec une garantie surcomplémentaire ?  
 Oui     Non
- 2) Vous souhaitez une garantie qui couvre uniquement les frais d'hospitalisation ?  
 Oui     Non
- 3) Vous consultez des professionnels de santé avec dépassements d'honoraires  
 Jamais     Occasionnellement     Régulièrement     Très régulièrement
- 4) Votre vue nécessite un équipement optique ou le port de lentilles :  
 Jamais     Occasionnellement     Tous les 2 ans     Tous les ans
- 5) Vos besoins en dentaire :  
 Minimum     Modérés     Importants     Très importants
- 6) Avez-vous besoin d'audioprothèses :  
 Oui     Non
- 7) La médecine douce pour vous, c'est :  
 Jamais     Occasionnellement     Régulièrement     Très régulièrement
- 8) Vous êtes exigeant(e) sur vos remboursements et souhaitez une garantie optimale offrant des remboursements élevés sur tous les postes  
 Oui     Non
- 9) Avez-vous déjà été adhérent(e) Mip ?  Oui     Non. Si Oui sous quel numéro d'adhérent ? .....

### Votre budget

De quel budget mensuel disposez-vous pour financer cette couverture santé : ..... €

### A quelle date souhaitez-vous faire débuter votre couverture ?

Date d'effet de votre adhésion :

### Demandes spécifiques

### Quelles sont vos préférences de communication

Adresse e-mail : ..... @ .....

En communiquant votre adresse électronique, vous consentez à recevoir votre devis par ce moyen dans un délai de 5 jours ouvrés de la part de Mutuelle Mip, ainsi qu'à être contacté(e) afin de donner suite à votre demande de devis et, le cas échéant, finaliser votre adhésion.

## Formalisation du devoir de conseil Recueil des besoins

Téléphone :

En renseignant votre numéro de téléphone, vous acceptez d'être contacté(e) dans un délai de 5 jours ouvrés par un conseiller de Mutuelle Mip pour poursuivre votre demande de devis et conclure votre adhésion si vous le souhaitez.

Adresse personnelle : .....

Code Postal :  Ville : .....

Si vous préférez être contacté(e) par voie postale plutôt que par courrier électronique, nous vous invitons à nous transmettre votre adresse complète. Vous recevrez alors votre devis à votre domicile dans un délai de 5 jours ouvrés.

### Informations sur la protection des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel collectées par Mutuelle Mip via ce formulaire sont traitées dans le cadre de la gestion de votre demande d'information et de conseil. Elles sont nécessaires à l'établissement d'un devis personnalisé répondant à vos besoins exprimés en assurance santé. Ces informations sont recueillies dans votre intérêt, l'absence ou l'inexactitude de certaines informations peut compromettre la pertinence de notre analyse et par conséquent la qualité du conseil délivré.

Dans le cadre de ce traitement nous sommes susceptibles de recourir à des procédés de traitements automatisés, y compris de profilage. Vos données peuvent être rapprochées de nos bases de données clients dans le but de vous proposer une offre plus adaptée à vos besoins.

Elles pourront également être utilisées à des fins statistiques pour améliorer nos offres de produits et services.

La collecte de vos coordonnées est nécessaire pour la gestion administrative de votre demande.

Les informations collectées sont confidentielles et sont exclusivement destinées aux services habilités de Mutuelle Mip.

Vos données sont conservées pendant au maximum 3 ans en l'absence de souscription à l'une de nos offres.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données. Sous conditions vous avez également droit à la portabilité de vos données, vous pouvez vous opposer à leur traitement, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de celles-ci notamment en ce qui concerne la prospection commerciale. Ces droits peuvent être exercés auprès de Mutuelle Mip par courrier à l'attention du Délégué à la Protection des Données – 107 rue Saint-Lazare | CS 23203 | 75009 Paris, depuis le site internet de la Mutuelle (formulaire accessible depuis la rubrique Protection des Données) ou par courriel à l'adresse delegue-protection-donnees@gie-nation.fr.

Vous avez également la faculté de donner des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données après votre décès

Mutuelle Mip accorde la plus grande importance et le plus grand soin au traitement de vos données. Pour autant si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), autorité compétente de contrôle : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr). Nous vous informons par ailleurs de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », à laquelle vous pouvez vous inscrire gratuitement à l'adresse suivante : <https://www.bloctel.gouv.fr/>

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter notre politique de protection des données à caractère personnel sur notre site internet.

### Réclamation et Médiation

Pour toute demande d'information ou toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative à votre adhésion, vous pouvez vous adresser à votre conseiller ou contact habituel.

Si cette première réponse ne vous satisfait pas, la réclamation peut être adressée en priorité à la Mutuelle à l'attention du Service Qualité Mip – 107 rue Saint-Lazare – CS 23203 - 75009 Paris ou par téléphone au 01.55.80.49.00.

En application des dispositions de l'article L612-1 et suivants du Code de la consommation, après épuisement des voies internes de réclamation et sans préjudice du droit d'exercer un recours contentieux, vous pouvez, afin de trouver une issue amiable au différend qui vous oppose à la Mutuelle, adressez une demande au Médiateur de la Mutualité Française.

Il peut être saisi :

- Soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française, FNMF, 255 rue de Vaugirard - 75719 Paris cedex 15.
- Soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>

Formalisation du devoir de conseil\_Santé Individuelle

Page 3 sur 4

**Mutuelle Mip l'Entreprise Santé**

107 rue Saint-Lazare | CS 23203 | 75009 PARIS - Tél. : 01.55.80.49.00 - [www.mutuelle-mip.fr](http://www.mutuelle-mip.fr)

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité - Immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro Siren n° 775 671 902





## Formalisation du devoir de conseil Recueil des besoins

Pour être recevable, cette saisine doit intervenir avant l'expiration d'un délai d'un (1) an suivant la réclamation écrite formulée auprès de la Mutuelle.

### Proposition personnalisée

En fonction des besoins et attentes que vous aurez exprimés, nous vous adresserons un devis personnalisé détaillant la ou les garanties proposées, ainsi que le montant des cotisations mensuelles.

Il constitue une solution au regard de votre situation, des besoins et du budget consenti.

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

Votre Conseiller Mutuelle Mip

Document à nous retourner dûment signé et rempli directement sur le site www.mutuelle-mip.fr en cliquant sur le logo Mip, puis à la rubrique "Des garanties adaptées à vos besoins" cliquer sur l'icône "Les particuliers"

Ou par courrier électronique à : monoffresante@mutuelle-mip.fr

ou par courrier à l'adresse suivante : Mutuelle Mip – Service Adhésion individuelle - 107 rue Saint-Lazare | CS 23203 | 75009 PARIS



Fait à : ..... Le : .....

Votre signature :