

FICHE D'INFORMATION
ET DE CONSEIL
PEPS UNT SANTÉ TNS

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Nom d'usage (d'époux/d'épouse)

Nom de naissance..... Prénom

Adresse

Code postal Ville

Numéro de Sécurité sociale (13 chiffres + clé 2 chiffres)

Date de naissance (JJ / MM / AAAA)

VOTRE BESOIN

- Vous souhaitez bénéficier d'une complémentaire santé collective à adhésion facultative éligible à la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative individuelle (dite « loi Madelin ») :
- permettant la prise en charge de vos dépenses de santé, et le cas échéant de celles de vos ayants droit, en complément des remboursements perçus au titre du Régime obligatoire ;
 - susceptible d'ouvrir droit au bénéfice de l'article 154 bis du Code général des impôts ;
 - conforme aux dispositions des articles L.871-1 et R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale énonçant les critères devant être respectés par les contrats complémentaires pour être qualifiés de « responsables ».

Toutefois la loi précitée ne s'applique pas aux auto-entrepreneurs.

Votre besoin de couverture est :

- Garanties moyennes
- Garanties renforcées

Vous souhaitez que la complémentaire santé couvre :

- Vous uniquement
- Vous et votre famille

NOTRE PRÉCONISATION

Compte tenu des informations transmises par vos soins lors de notre entretien, nous vous recommandons de souscrire au contrat suivant :

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ :

Structure de cotisation :

Ce contrat est responsable.

Nous vous rappelons que pour pouvoir déduire les versements sur votre contrat de vos revenus imposables vous devez être en mesure de justifier si votre statut le permet que vous êtes à jour du paiement des cotisations aux régimes obligatoires de retraite et d'assurance maladie dont vous relevez en qualité de travailleur non salarié.

AVERTISSEMENT : Votre attention est attirée sur le fait que notre conseil se fonde sur les informations que vous avez accepté de nous communiquer. Le conseil, délivré par l'Association de Moyens Assurance de Personnes (AMAP), vise à vous orienter dans le choix de votre contrat (en application des articles L.520-1, R.520-1 et R.520-2 du Code des assurances).

L'évolution ultérieure de votre situation est susceptible de le rendre caduc. Nous vous recommandons de lire attentivement la Notice d'information du contrat d'assurance qui vous a été remise préalablement à votre adhésion et plus particulièrement les dispositions relatives à l'objet des garanties ainsi qu'aux montants et exclusions de garantie applicables.

Votre besoin pouvant évoluer dans le temps, nous vous invitons, en liaison avec votre conseiller, à vérifier la bonne adaptation de votre contrat à vos besoins.

Le présent contrat est présenté par l'Association de Moyens Assurance de Personnes (AMAP) (association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, Siren n° 840 599 930, ORIAS n° 19000811, www.orias.fr, dont le siège social est sis 21 rue Laffitte – 75009 Paris).

L'AMAP est mandataire d'intermédiaire d'assurance de ses membres adhérents organismes d'assurance. Si vous le souhaitez, nous pouvons vous communiquer sur simple demande le nom des entreprises d'assurances mandantes.

En cas de réclamation vous pouvez adresser une demande écrite au Service de Réclamation Entreprises Assurance – 78288 Guyancourt Cedex ou par e-mail : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com

Vous pouvez vous adresser au médiateur de la Protection sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), à l'adresse suivante : M. le Médiateur de la Protection sociale (CTIP) 10, rue Cambacérés 75008 Paris ou par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>.

Vous avez également la possibilité de vous adresser à l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

Le souscripteur du contrat proposé est :

Union Nationale des Taxis

Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, immatriculée au répertoire sirene sous le numéro 753 143 288, dont le siège social est situé 1 bis rue du Havre - 75008 Paris.

Les assureurs du contrat proposés sont :

MUTUELLE MALAKOFF HUMANIS

Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité - Siège : 21 rue Laffitte 75009 Paris - N° SIREN 784 718 256.

AUXIA Assistance

Société Anonyme au capital de 1 780 000 euros - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - 351 733 761 RCS Paris.

Fait à

Le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature

--

N° D'ADHÉSION

Demande d'adhésion

Régime complémentaire santé

PEPS UNT

Nouvelle adhésion ⁽¹⁾ Avenant ⁽¹⁾

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT (l'assuré principal)

Nom d'usage (d'époux/d'épouse)

Nom de naissance Prénom

Adresse

Code postal Ville

Téléphone domicile Téléphone mobile

Adresse mail

Numéro de Sécurité sociale (13 chiffres + clé 2 chiffres)

Date de naissance (JJ / MM / AAAA)

Profession exercée

INFORMATIONS SUR VOTRE ENTREPRISE (données obligatoires)

Catégorie socioprofessionnelle : Professionnel indépendant Auto-entrepreneur

Raison sociale

N° SIREN (9 chiffres).....

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Adresse mail

Date de création de l'entreprise (JJ / MM / AAAA)

Exercice fiscal ⁽¹⁾ : Civil Déclaré. Date (JJ / MM / AAAA)

AUTRES BÉNÉFICIAIRES DE LA MUTUELLE

Joindre la copie de l'attestation jointe à votre carte Vitale et celle des autres éventuels bénéficiaires s'ils ne sont pas sur la vôtre.

Nom	Prénom	Lien de parenté (Marié, Pacsé, Concubin, Enfant**)	Régime de base*	Date de naissance	N° Sécurité sociale + clé

* Général ou Alsace-Moselle

** La définition des enfants à charge figure dans la notice d'information jointe à la présente demande d'adhésion. Le 3^{ème} enfant et les suivants ne paient pas de cotisation.

Si votre conjoint est bénéficiaire de PEPS UNT, est-il collaborateur ? OUI NON

(1) COCHEZ LA CASE DE VOTRE CHOIX

RÉGIME SANTÉ RETENU ET COTISATIONS

Formule PEPS UNT retenue N°

Formules	Bénéficiaires	Cotisations mensuelles	Déductibles *
Formule 1	Assuré seul	1,94 % PMSS (66,50€**)	OUI
	Famille	4,75 % PMSS (162,83€**)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Formule 2	Assuré seul	2,26 % PMSS (77,29€**)	OUI
	Famille	5,50 % PMSS (188,54€**)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Formule 3	Assuré seul	2,86 % PMSS (98,04€**)	OUI
	Famille	7,00 % PMSS (239,96€**)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

* Le contrat PEPS UNT est éligible à la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative individuelle (dite «loi Madelin»). Toutefois, il vous appartient de vérifier que vous pouvez bénéficier de la déductibilité relative à l'article 154 bis ou à l'article 62 du Code général des impôts, chaque année, en fonction de la réglementation en vigueur. **En tout état de cause, cette possibilité n'est pas ouverte aux auto-entrepreneurs.**

La cotisation d'assurance comprend la cotisation annuelle à l'Union Nationale des Taxis dont le montant est fixé par le Conseil d'administration de l'Association. ** Tarifs en euros calculés sur le PMSS 2020 soit 3428€

Mode de paiement des cotisations ⁽¹⁾ Prélèvement automatique trimestriel Prélèvement automatique mensuel

(1) Cochez la case de votre choix

Important, pensez à :

- Compléter puis à nous retourner le mandat SEPA joint à la présente demande d'adhésion. Dans tous les cas, joindre un relevé d'identité bancaire pour le paiement de vos cotisations à venir et, éventuellement si le compte est différent, un relevé d'identité bancaire pour le paiement des prestations.
- La ou les copie(s) de(s) attestation(s) jointe(s) à la carte Vitale de l'assuré et des ayants droit bénéficiaires.
- La copie de l'attestation de versement de cotisations au régime d'assurance vieillesse.
- L'extrait du K-bis.

Prise d'effet de l'adhésion : 1^{er} (obligatoirement le 1^{er} jour du mois)

L'adhésion au contrat est valable jusqu'au 31 décembre de l'exercice en cours puis est renouvelable par tacite reconduction, d'année civile en année civile, sauf dénonciation notifiée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec préavis de 2 mois. L'adhésion prend effet à la date indiquée sur votre certificat d'adhésion.

DÉCLARATION

Je soussigné(e) demande à adhérer à l'Union Nationale des Taxis et au contrat d'assurance santé de groupe souscrit par l'Union Nationale des Taxis auprès de la Mutuelle Malakoff Humanis. Ce contrat d'assurance prévoit également des garanties d'assistance assurées auprès d'Auxia assistance.

Je reconnais ainsi avoir été informé(e) de l'intérêt de souscrire au(x) contrat(s) sélectionné(s) ci-dessus et des garanties associées à ce(s) contrat(s), pour lesquels un exemplaire du(des) document(s) standardisé(s) d'information sur le(s) contrat(s) d'assurance (IPID), un exemplaire de la(des) notice(s) d'information, les statuts de la Mutuelle Malakoff Humanis et de l'Union Nationale des Taxis m'ont été remis. Cette offre répond bien aux attentes que j'ai exprimées et je souhaite par conséquent y souscrire.

Je reconnais avoir pris connaissance de la Fiche d'information et de conseil fournie par l'AMAP (Association de Moyens Assurance de Personnes).

Dès réception par la Mutuelle de la présente demande d'adhésion, je recevrai un certificat d'adhésion et le tableau des prestations souscrites. (J'autorise l'échange d'informations par échange NOEMIE entre la Mutuelle Malakoff Humanis et ma caisse d'Assurance maladie).

Je peux renoncer à mon adhésion au présent contrat dans un délai de 30 jours à compter du jour du 1^{er} versement de cotisation. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception, envoyés à l'adresse suivante : Mutuelle Malakoff Humanis - Gestion des contrats individuels - GCI - RAC 1 - 4 rue de la Redoute 78288 Guyancourt Cedex.

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la notice d'information.

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

Les informations collectées sont toutes nécessaires pour la Mutuelle Malakoff Humanis, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable de traitement, pour l'établissement et la gestion de votre dossier.

Fait à

Le | | | | | | | | | |

En 3 exemplaires.

Signature

L'adhérent doit faire précéder la signature de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Le(s) contrat(s) mentionné(s) ci-dessus vous est (sont) proposé(s) par l'Association de Moyens Assurance de Personnes (AMAP) association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, SIREN n°840 599 930, n° ORIAS 19000811, www.orias.fr, dont le siège est sis 21 rue Laffitte - 75009 Paris, agissant en qualité de mandataire d'assurance de la Mutuelle Malakoff Humanis organisme d'assurance du groupe Malakoff Humanis.

L'AMAP est soumise à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec les organismes d'assurance de Malakoff Humanis dont le nom peut vous être communiqué sur simple demande.

Les conseillers de l'AMAP chargés de présenter les opérations d'assurance sont rémunérés sous la forme d'une rémunération fixe complétée le cas échéant de rémunérations variables.

En cas de réclamation vous pouvez adresser une demande écrite au Service de Réclamation Entreprises Assurance – 78288 Guyancourt Cedex ou par e-mail : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com

Vous pouvez vous adresser au médiateur de la Protection sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance-CTIP), à l'adresse suivante : M. le Médiateur de la Protection sociale (CTIP) - 10 rue Cambacérès - 75008 Paris ou par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

Vous avez également la possibilité de vous adresser à l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

EXEMPLAIRE À RETOURNER DÛMENT SIGNÉ À VOTRE CONSEILLER MALAKOFF HUMANIS

N° D'ADHÉSION

Demande d'adhésion
Régime complémentaire santé
PEPS UNT Nouvelle adhésion ⁽¹⁾ Avenant ⁽¹⁾**IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT (l'assuré principal)**

Nom d'usage (d'époux/d'épouse)

Nom de naissance Prénom

Adresse

Code postal Ville

Téléphone domicile Téléphone mobile

Adresse mail

Numéro de Sécurité sociale (13 chiffres + clé 2 chiffres)

Date de naissance (JJ / MM / AAAA)

Profession exercée

INFORMATIONS SUR VOTRE ENTREPRISE (données obligatoires)

Catégorie socioprofessionnelle : Professionnel indépendant Auto-entrepreneur

Raison sociale

N° SIREN (9 chiffres).....

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Adresse mail

Date de création de l'entreprise (JJ / MM / AAAA)

Exercice fiscal ⁽¹⁾ : Civil Déclaré. Date (JJ / MM / AAAA)

AUTRES BÉNÉFICIAIRES DE LA MUTUELLE

Joindre la copie de l'attestation jointe à votre carte Vitale et celle des autres éventuels bénéficiaires s'ils ne sont pas sur la vôtre.

Nom	Prénom	Lien de parenté (Marié, Pacsé, Concubin, Enfant**)	Régime de base*	Date de naissance	N° Sécurité sociale + clé

* Général ou Alsace-Moselle

** La définition des enfants à charge figure dans la notice d'information jointe à la présente demande d'adhésion. Le 3^{ème} enfant et les suivants ne paient pas de cotisation.Si votre conjoint est bénéficiaire de PEPS UNT, est-il collaborateur ? OUI NON(1) COCHEZ LA CASE DE VOTRE CHOIX

RÉGIME SANTÉ RETENU ET COTISATIONS

Formule PEPS UNT retenue N°

Formules	Bénéficiaires	Cotisations mensuelles	Déductibles *
Formule 1	Assuré seul	1,94 % PMSS	OUI
	Famille	4,75 % PMSS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Formule 2	Assuré seul	2,26 % PMSS	OUI
	Famille	5,50 % PMSS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Formule 3	Assuré seul	2,86 % PMSS	OUI
	Famille	7,00 % PMSS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

* Le contrat PEPS UNT est éligible à la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative individuelle (dite «loi Madelin»). Toutefois, il vous appartient de vérifier que vous pouvez bénéficier de la déductibilité relative à l'article 154 bis ou à l'article 62 du Code général des impôts, chaque année, en fonction de la réglementation en vigueur. **En tout état de cause, cette possibilité n'est pas ouverte aux auto-entrepreneurs.**

La cotisation d'assurance comprend la cotisation annuelle à l'Union Nationale des Taxis dont le montant est fixé par le Conseil d'administration de l'Association.

Mode de paiement des cotisations ⁽¹⁾ Prélèvement automatique trimestriel Prélèvement automatique mensuel

(1) Cochez la case de votre choix

Important, pensez à :

- Compléter puis à nous retourner le mandat SEPA joint à la présente demande d'adhésion. Dans tous les cas, joindre un relevé d'identité bancaire pour le paiement de vos cotisations à venir et, éventuellement si le compte est différent, un relevé d'identité bancaire pour le paiement des prestations.
- La ou les copie(s) de(s) attestation(s) jointe(s) à la carte Vitale de l'assuré et des ayants droit bénéficiaires.
- La copie de l'attestation de versement de cotisations au régime d'assurance vieillesse.
- L'extrait du K-bis.

Prise d'effet de l'adhésion : 1^{er} (obligatoirement le 1^{er} jour du mois)

L'adhésion au contrat est valable jusqu'au 31 décembre de l'exercice en cours puis est renouvelable par tacite reconduction, d'année civile en année civile, sauf dénonciation notifiée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec préavis de 2 mois. L'adhésion prend effet à la date indiquée sur votre certificat d'adhésion.

DÉCLARATION

Je soussigné(e) demande à adhérer à l'Union Nationale des Taxis et au contrat d'assurance santé de groupe souscrit par l'Union Nationale des Taxis auprès de la Mutuelle Malakoff Humanis. Ce contrat d'assurance prévoit également des garanties d'assistance assurées auprès d'Auxia assistance.

Je reconnais ainsi avoir été informé(e) de l'intérêt de souscrire au(x) contrat(s) sélectionné(s) ci-dessus et des garanties associées à ce(s) contrat(s), pour lesquels un exemplaire du(des) document(s) standardisé(s) d'information sur le(s) contrat(s) d'assurance (IPID), un exemplaire de la(des) notice(s) d'information, les statuts de la Mutuelle Malakoff Humanis et de l'Union Nationale des Taxis m'ont été remis. Cette offre répond bien aux attentes que j'ai exprimées et je souhaite par conséquent y souscrire.

Je reconnais avoir pris connaissance de la Fiche d'information et de conseil fournie par l'AMAP (Association de Moyens Assurance de Personnes).

Dès réception par la Mutuelle de la présente demande d'adhésion, je recevrai un certificat d'adhésion et le tableau des prestations souscrites. (J'autorise l'échange d'informations par échange NOEMIE entre la Mutuelle Malakoff Humanis et ma caisse d'Assurance maladie).

Je peux renoncer à mon adhésion au présent contrat dans un délai de 30 jours à compter du jour du 1^{er} versement de cotisation. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception, envoyés à l'adresse suivante : Mutuelle Malakoff Humanis - Gestion des contrats individuels - GCI - RAC 1 - 4 rue de la Redoute 78288 Guyancourt Cedex.

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la notice d'information.

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

Les informations collectées sont toutes nécessaires pour la Mutuelle Malakoff Humanis, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable de traitement, pour l'établissement et la gestion de votre dossier.

Fait à

Le | | | | | | | | | |

En 3 exemplaires.

Signature

L'adhérent doit faire précéder la signature de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Le(s) contrat(s) mentionné(s) ci-dessus vous est (sont) proposé(s) par l'Association de Moyens Assurance de Personnes (AMAP) association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, SIREN n°840 599 930, n° ORIAS 19000811, www.orias.fr, dont le siège est sis 21 rue Laffitte - 75009 Paris, agissant en qualité de mandataire d'assurance de la Mutuelle Malakoff Humanis organisme d'assurance du groupe Malakoff Humanis.

L'AMAP est soumise à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec les organismes d'assurance de Malakoff Humanis dont le nom peut vous être communiqué sur simple demande.

Les conseillers de l'AMAP chargés de présenter les opérations d'assurance sont rémunérés sous la forme d'une rémunération fixe complétée le cas échéant de rémunérations variables.

En cas de réclamation vous pouvez adresser une demande écrite au Service de Réclamation Entreprises Assurance – 78288 Guyancourt Cedex ou par e-mail : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com

Vous pouvez vous adresser au médiateur de la Protection sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance-CTIP), à l'adresse suivante : M. le Médiateur de la Protection sociale (CTIP) - 10 rue Cambacérès - 75008 Paris ou par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

Vous avez également la possibilité de vous adresser à l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

EXEMPLAIRE À RETOURNER DÛMENT SIGNÉ À L'UNION NATIONALE DES TAXIS

--

N° D'ADHÉSION

Demande d'adhésion

Régime complémentaire santé

PEPS UNT

Nouvelle adhésion ⁽¹⁾ Avenant ⁽¹⁾

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT (l'assuré principal)

Nom d'usage (d'époux/d'épouse)

Nom de naissance Prénom

Adresse

Code postal Ville

Téléphone domicile Téléphone mobile

Adresse mail

Numéro de Sécurité sociale (13 chiffres + clé 2 chiffres)

Date de naissance (JJ / MM / AAAA)

Profession exercée

INFORMATIONS SUR VOTRE ENTREPRISE (données obligatoires)

Catégorie socioprofessionnelle : Professionnel indépendant Auto-entrepreneur

Raison sociale

N° SIREN (9 chiffres).....

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Adresse mail

Date de création de l'entreprise (JJ / MM / AAAA)

Exercice fiscal ⁽¹⁾ : Civil Déclaré. Date (JJ / MM / AAAA)

AUTRES BÉNÉFICIAIRES DE LA MUTUELLE

Joindre la copie de l'attestation jointe à votre carte Vitale et celle des autres éventuels bénéficiaires s'ils ne sont pas sur la vôtre.

Nom	Prénom	Lien de parenté (Marié, Pacsé, Concubin, Enfant**)	Régime de base*	Date de naissance	N° Sécurité sociale + clé

* Général ou Alsace-Moselle

** La définition des enfants à charge figure dans la notice d'information jointe à la présente demande d'adhésion. Le 3^{ème} enfant et les suivants ne paient pas de cotisation.

Si votre conjoint est bénéficiaire de PEPS UNT, est-il collaborateur ? OUI NON

(1) COCHEZ LA CASE DE VOTRE CHOIX

RÉGIME SANTÉ RETENU ET COTISATIONS

Formule PEPS UNT retenue N°

Formules	Bénéficiaires	Cotisations mensuelles	Déductibles *
Formule 1	Assuré seul	1,94 % PMSS	OUI
	Famille	4,75 % PMSS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Formule 2	Assuré seul	2,26 % PMSS	OUI
	Famille	5,50 % PMSS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Formule 3	Assuré seul	2,86 % PMSS	OUI
	Famille	7,00 % PMSS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

* Le contrat PEPS UNT est éligible à la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative individuelle (dite «loi Madelin»). Toutefois, il vous appartient de vérifier que vous pouvez bénéficier de la déductibilité relative à l'article 154 bis ou à l'article 62 du Code général des impôts, chaque année, en fonction de la réglementation en vigueur. **En tout état de cause, cette possibilité n'est pas ouverte aux auto-entrepreneurs.**

La cotisation d'assurance comprend la cotisation annuelle à l'Union Nationale des Taxis dont le montant est fixé par le Conseil d'administration de l'Association.

Mode de paiement des cotisations ⁽¹⁾ Prélèvement automatique trimestriel Prélèvement automatique mensuel

(1) Cochez la case de votre choix

Important, pensez à :

- Compléter puis à nous retourner le mandat SEPA joint à la présente demande d'adhésion. Dans tous les cas, joindre un relevé d'identité bancaire pour le paiement de vos cotisations à venir et, éventuellement si le compte est différent, un relevé d'identité bancaire pour le paiement des prestations.
- La ou les copie(s) de(s) attestation(s) jointe(s) à la carte Vitale de l'assuré et des ayants droit bénéficiaires.
- La copie de l'attestation de versement de cotisations au régime d'assurance vieillesse.
- L'extrait du K-bis.

Prise d'effet de l'adhésion : 1^{er} (obligatoirement le 1^{er} jour du mois)

L'adhésion au contrat est valable jusqu'au 31 décembre de l'exercice en cours puis est renouvelable par tacite reconduction, d'année civile en année civile, sauf dénonciation notifiée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec préavis de 2 mois. L'adhésion prend effet à la date indiquée sur votre certificat d'adhésion.

DÉCLARATION

Je soussigné(e) demande à adhérer à l'Union Nationale des Taxis et au contrat d'assurance santé de groupe souscrit par l'Union Nationale des Taxis auprès de la Mutuelle Malakoff Humanis. Ce contrat d'assurance prévoit également des garanties d'assistance assurées auprès d'Auxia assistance.

Je reconnais ainsi avoir été informé(e) de l'intérêt de souscrire au(x) contrat(s) sélectionné(s) ci-dessus et des garanties associées à ce(s) contrat(s), pour lesquels un exemplaire du(des) document(s) standardisé(s) d'information sur le(s) contrat(s) d'assurance (IPID), un exemplaire de la(des) notice(s) d'information, les statuts de la Mutuelle Malakoff Humanis et de l'Union Nationale des Taxis m'ont été remis. Cette offre répond bien aux attentes que j'ai exprimées et je souhaite par conséquent y souscrire.

Je reconnais avoir pris connaissance de la Fiche d'information et de conseil fournie par l'AMAP (Association de Moyens Assurance de Personnes).

Dès réception par la Mutuelle de la présente demande d'adhésion, je recevrai un certificat d'adhésion et le tableau des prestations souscrites. (J'autorise l'échange d'informations par échange NOEMIE entre la Mutuelle Malakoff Humanis et ma caisse d'Assurance maladie).

Je peux renoncer à mon adhésion au présent contrat dans un délai de 30 jours à compter du jour du 1^{er} versement de cotisation. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception, envoyés à l'adresse suivante : Mutuelle Malakoff Humanis - Gestion des contrats individuels - GCI - RAC 1 - 4 rue de la Redoute 78288 Guyancourt Cedex.

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la notice d'information.

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

Les informations collectées sont toutes nécessaires pour la Mutuelle Malakoff Humanis, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable de traitement, pour l'établissement et la gestion de votre dossier.

Fait à

Le | | | | | | | | | | | | | | | |

En 3 exemplaires.

Signature

L'adhérent doit faire précéder la signature de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Le(s) contrat(s) mentionné(s) ci-dessus vous est (sont) proposé(s) par l'Association de Moyens Assurance de Personnes (AMAP) association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, SIREN n°840 599 930, n° ORIAS 19000811, www.orias.fr, dont le siège est sis 21 rue Laffitte - 75009 Paris, agissant en qualité de mandataire d'assurance de la Mutuelle Malakoff Humanis organisme d'assurance du groupe Malakoff Humanis.

L'AMAP est soumise à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec les organismes d'assurance de Malakoff Humanis dont le nom peut vous être communiqué sur simple demande.

Les conseillers de l'AMAP chargés de présenter les opérations d'assurance sont rémunérés sous la forme d'une rémunération fixe complétée le cas échéant de rémunérations variables.

En cas de réclamation vous pouvez adresser une demande écrite au Service de Réclamation Entreprises Assurance – 78288 Guyancourt Cedex ou par e-mail : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com

Vous pouvez vous adresser au médiateur de la Protection sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance-CTIP), à l'adresse suivante : M. le Médiateur de la Protection sociale (CTIP) - 10 rue Cambacérès - 75008 Paris ou par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

Vous avez également la possibilité de vous adresser à l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

EXEMPLAIRE À CONSERVER