

Bulletin individuel d'adhésion

Exemplaire à nous retourner avec votre RIB et autorisation de prélèvement.

AEC (Association des Équipages de Cabines)..... Collectivité mutuelle N° :

Option choisie : Surcomplémentaire N°1 N°2

Date d'adhésion souhaitée (au plus tôt le 1^{er} du mois en cours) :

Avez-vous déjà cotisé à une autre surcomplémentaire ?

Si oui laquelle ? non

Personnes à inscrire à la CCMO

	Nom	Prénom	Sexe	Né(e) le	N° de Régime obligatoire
Adhérent					
Conjoint					
Enfants					

Catégorie de l'adhérent : PNT PNC

COORDONNÉES DE L'ADHÉRENT

Adresse personnelle : N° : Rue :

Code postale : Ville :

Téléphone domicile :

Mobile :

Ces informations sont réservées à la CCMO et ne sont pas communiquées à d'autres organismes ⁽¹⁾.

Situation personnelle (Cochez la réponse correspondant à votre situation)

célibataire marié(e) divorcé(e) veuf(ve) vie maritale (merci de fournir une attestation)

Je déclare adhérer à la CCMO aux conditions du contrat «collectivités» ci-dessus référencé.

Je m'engage à respecter un sociétariat minimum obligatoire de 6 mois.

Sauf notification expresse de ma part, j'accepte que le règlement de mes prestations soit effectué par virement.

Fait le :

Signature précédée de la mention «lu et approuvé» :



CCMO Mutuelle

17, place Jeanne Hachette
BP 50993
60014 Beauvais Cedex

► N° Indigo 0 820 02 60 60
(0,12 €/min)

Fax : 03 44 48 30 49
Site : www.ccmo.fr
E-mail : adhesion@ccmo.fr

Mutuelle soumise au Livre II
du Code de la mutualité
n° 780 508 073

(1) La Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire par des personnes physiques. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification des données les concernant auprès du service destinataire de leur déclaration dont l'adresse figure ci-contre.

Notice d'information

I. OBJET

Le contrat souscrit par la Collectivité a pour objet la prise en charge par la CCMO en faveur de la catégorie affiliée ou affiliable des garanties frais de santé.

II. ENTREE EN VIGUEUR ET TERME DES GARANTIES

Est soumis au régime de Frais de santé, l'ensemble des membres de la catégorie affiliée ou affiliable sous réserve des conditions suivantes :

- Être au bénéfice d'un contrat de travail,
- Être assujéti à un régime obligatoire de base.

Les garanties sont accordées à chaque participant répondant aux conditions d'adhésion :

Dans le cadre d'un contrat obligatoire :

- à la date d'effet du contrat pour les salariés présents à l'effectif à cette date,
- à la date d'effet de leur contrat de travail pour les nouveaux salariés.

Dans le cas d'un contrat facultatif :

- à la date d'effet du contrat pour les salariés présents à l'effectif à cette date et qui en ont fait la demande dans les trois mois ;
- à la date d'effet de leur contrat de travail pour les nouveaux salariés qui en ont fait la demande dans les trois mois ;
- après application des délais d'attente prévus au Règlement mutualiste calculés à partir du premier jour du mois civil de la demande d'adhésion dans les cas d'adhésion tardive.

Pour les ayants droit dont l'adhésion est postérieure à celle du salarié, les garanties sont accordées après application des délais d'attente prévus au Règlement mutualiste calculés à partir de la date d'effet figurant sur la fiche de liaison.

Les garanties prévues au contrat cessent automatiquement pour les bénéficiaires dès qu'ils cessent de réunir les conditions statutaires pour en bénéficier et, en tout état de cause, au terme du contrat.

III. DÉFINITIONS

Bénéficiaires du contrat

Sont considérés comme ayant droit de l'adhérent :

- Le conjoint non divorcé, non séparé, exerçant ou non une activité professionnelle.
- Le concubin (si celui-ci est nommément désigné sur le bulletin d'adhésion à condition que le participant n'ait plus d'ex-conjoint reconnu comme ayant droit), le cosignataire d'un PACS, l'un ou l'autre étant alors assimilé au conjoint sous réserve de présentation de justificatifs.
- Les enfants âgés de moins de 16 ans, non salariés et les enfants, âgés de moins de 27 ans révolus, reconnus à charge au sens fiscal du terme, ou qui justifient de leur qualité d'étudiant ou de primo d'emploi.
- Les personnes vivant sous le toit de l'assuré et à sa charge au sens fiscal du terme sur présentation d'un justificatif, (ascendants, descendants et collatéraux), sauf refus exprès du représentant légal.
- Tout autre ayant droit reconnu par un régime obligatoire de base.

Le conjoint et les personnes à charge ne peuvent prétendre au bénéfice des garanties que dans la mesure où le salarié lui-même est adhérent au contrat.

IV. MODALITÉS D'APPLICATION

En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent, ce dernier est informé des fautes qui lui sont reprochées et invité à fournir des explications.

V. FORCLUSION ET PRESCRIPTION

Les dossiers ouvrant droit aux prestations doivent sous peine de forclusion, être remis à la Mutuelle au plus tard dans les 12 mois suivant la date de règlement inscrite sur le décompte du régime obligatoire. Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent régime sont prescrites pour deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

VI. EXCLUSIONS (sauf indication contraire au tableau des garanties)

Ne donnent pas lieu à prestations de la Mutuelle, les frais ou suppléments résultant des événements suivants ou de leurs suites et conséquences :

- Hospitalisation en établissement psychiatrique au-delà du 45ème jour par année civile,
- Cures de désintoxication (quelle qu'en soit la nature) au-delà du 45ème jour par année,
- Actes hors nomenclature du régime obligatoire de l'adhérent et/ou hors tarif interministériel des prestations sanitaires,
- Actes non remboursés par la sécurité sociale, sauf indication contraire au tableau des garanties,
- Les dépenses de santé résultant du fait intentionnel du bénéficiaire et non directement liés à une maladie, une maternité ou un accident tels que des soins de nature esthétique non pris en charge par le régime obligatoire, traitement de rajeunissement et traitements diététiques, transformations sexuelles,
- Guerre civile ou étrangère (la législation devant en définir les conditions), participation active à des émeutes ou mouvements populaires, actes de terrorisme ou de sabotage, rixes (sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger),
- Tous les accidents en général (circulation, voiture, «2 roues», accident scolaire, etc) avec tiers responsable ou ceux dont les conséquences sont couvertes par un autre organisme complémentaire que la mutuelle. Il est précisé que dans ce cas, afin de ne pas pénaliser son adhérent, la Mutuelle peut faire l'avance des frais, dans la limite des garanties accordées par elle, puis se subroger de plein droit à l'adhérent dans son action contre le tiers responsable.
- Soins engagés avant la date d'entrée en vigueur de la garantie ou après sa date de cessation, ou encore après la date de résiliation du contrat, étant précisé que seule la date des soins figurant sur le décompte de la sécurité sociale est prise en considération,
- Soins déclarés plus de 365 jours après la date du remboursement de la Sécurité sociale.

SOINS ENGAGÉS HORS DE FRANCE METROPOLITAINE ou À L'ÉTRANGER :

Les garanties sont étendues aux actes et frais engagés dans les départements et territoires d'outre-mer ou à l'étranger lors d'un séjour temporaire, et dans la mesure où le régime d'assurance maladie obligatoire du Participant les prend en charge.

Les règlements sont effectués en France et en euros sur la base des garanties prévues au contrat.

VII. PIÈCES JUSTIFICATIVES EN CAS DE SINISTRE

- Les décomptes originaux du régime obligatoire, ou éventuellement les décomptes des autres régimes complémentaires,
- Toute autre pièce justificative exigée par la Mutuelle en fonction des garanties souscrites (facture originale acquittée, devis, photocopie de feuilles de soins...).