

FICHE D'INFORMATION ET DE FORMALISATION DES BESOINS

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

E-mail : _____

Date de naissance : _____

Situation familiale : _____

Nombre de personnes à garantir : _____



Mutuelle du CHU

et Hôpitaux du Puy-de-Dôme

2, rue Toussaint Louverture

63100 CLERMONT-FERRAND

Siren : 347 391 948 000 36

LEI 969 500 RIGY 6LG7 JZJY 85

En tant que distributeur des produits d'assurance, nous devons respecter certaines exigences en matière de conseil en procédant au recueil de vos besoins et en vous proposant une offre au regard de ce recueil, laquelle ne relève pas de la recommandation personnalisée.

1 - VOS BESOINS

Aidez-nous à affiner vos besoins:

- Souhaitez-vous couvrir vos dépenses en soins médicaux ? Oui Non
- Souhaitez-vous couvrir vos dépenses en optique et dentaire ? Oui Non
- Souhaitez-vous une garantie qui couvre, au moins pour partie, les dépassements d'honoraires et/ou le coût d'une chambre particulière en environnement hospitalier ? Oui Non

2 - INFORMATION RELATIVE À L'UTILISATION DE VOS DONNÉES

Madame, Monsieur,

Le présent document retrace nos échanges. Cette démarche nous a permis, ensemble, de :

- Cerner vos besoins et attentes particulières en matière de santé.
- Vous fournir les informations objectives et pertinentes sur nos solutions correspondantes à vos besoins.
- Mettre en évidence la cohérence du produit d'assurance proposé.

Notre questionnaire a eu pour finalité de vous aider à exprimer et définir au mieux vos besoins et attentes. Notre conseil se fonde sur l'analyse de votre situation, vos besoins exprimés tel que reportés ci-après. La qualité de notre devoir de conseil est dépendante des réponses et informations fournies.

Les informations recueillies dans le cadre de ce document font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre à votre conseiller de vous proposer une offre de complémentaire santé.

Elles sont destinées à la mutuelle et seront conservées puis archivées le temps nécessaire à la réalisation de leur finalité et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance). Afin de faciliter leur traitement, les données peuvent faire l'objet d'une dématérialisation.

En outre, la Mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de vos données personnelles, elle est susceptible de vous solliciter pour les vérifier ou être amenée à compléter votre dossier et celui de vos ayants-droits.

Les données collectées sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et, dans la stricte limite de la finalité citée ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la Mutuelle et contribuant à la réalisation de cette finalité. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires en application des dispositions légales.

Conformément à la réglementation en vigueur, Règlementation Générale à la Protection des Données - RGPD, vous, ainsi que vos ayants-droits, disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de vos données personnelles, et pouvez décider de leur sort après votre décès. Vous disposez en outre d'un droit à la limitation des traitements, d'un droit au retrait du consentement et, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition.

Vous pouvez exercer vos droits auprès de la :

Mutuelle du CHU et Hôpitaux du Puy de Dôme, 2 rue Toussaint Louverture, 63100 Clermont-Ferrand,

Ou par e-mail à dpo.mutuelle.chu63@harmonie-mutuelle.fr

Par ailleurs, vous pouvez également à tout moment vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

En cas de réclamations relatives au traitement de vos données personnelles et l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3 place de Fontenoy - TSA 80715 -75334 Paris cedex 07 (www.cnil.fr).

3 - FORMALISATION DE VOS BESOINS

Vous reconnaissez avoir pris connaissance de la présente formalisation de vos besoins.

Elle synthétise les éléments nécessaires à la bonne adéquation entre votre profil d'adhérent/souscripteur, votre situation et vos besoins en matière de protection santé et/ou prévoyance.

Afin de déterminer la ou les solutions les mieux adaptées(es) à votre situation et à vos besoins, vous avez déclaré les éléments suivants :

- Je souhaite couvrir des dépenses de soins médicaux;
- Je souhaite couvrir des dépenses optiques et dentaires;
- Je souhaite une garantie qui couvre, au moins pour partie, les dépassements d'honoraires et/ou le coût d'une chambre particulière en environnement hospitalier.

Je soussigné(e) _____ déclare avoir été en capacité de prendre une décision en toute connaissance de cause et d'accepter la ou les solution(s) préconisée(s) par ma Mutuelle.

Je déclare renoncer au support papier au profit d'un support durable dématérialisé (PDF) qui me serait envoyé sur une adresse de messagerie électronique. Oui Non

Je reconnais avoir pris connaissance du présent document et en disposer d'un exemplaire.

Je certifie sincères et véritables les informations données et reconnais avoir été informé(e) qu'à défaut je ne pourrai me prévaloir d'un conseil non adapté à ma situation.

Je déclare avoir reçu une information claire et compréhensible sur l'étendue et la définition de la garantie, ainsi que les modalités pour renoncer ou résilier le contrat proposé.

Le présent document est établi conformément aux dispositions du code de la mutualité.

Fait le : _____

Signature :

4 - RÉCLAMATIONS

Pour toute réclamation liée à la distribution des offres proposées, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la mutuelle. À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle en accusera réception dans un délai de 15 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai).

En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, le bénéficiaire peut saisir le/la Président/te de la mutuelle du CHU et Hôpitaux du Puy-de-Dôme.

En application et dans les conditions de l'article 76 « Médiation » des statuts, pour une réclamation liée à la distribution des offres proposées, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur, dans un délai d'un an à compter de toute réclamation écrite à son interlocuteur habituel, ou à la mutuelle, en écrivant à l'adresse suivante :



- **Postale** : Mutuelle du CHU et Hôpitaux du Puy de Dôme,
2 Rue Toussaint Louverture, 63100 Clermont-Ferrand.

- **Mail** : mutuelle.chu63@harmonie-mutuelle.fr

- **Site internet** : www.mutuelle-chu-63.fr