

CODE OPTION	MONTANT DE L'INDEMNITÉ par nuit	CHEF DE FAMILLE jusqu'à 55 ans COTISATION MENSUELLE		CHEF DE FAMILLE de 56 à 65 ans COTISATION MENSUELLE		CHEF DE FAMILLE de 66 à 74 ans COTISATION MENSUELLE	
		Individuel (RI)	Famille (RF)	Individuel (SI)	Famille (SF)	Isolé (VI)	Couple (VF)
HA	8 €	1,60 €	3,80 €	2,20 €	5,40 €	3,80 €	6,00 €
HC	16 €	3,20 €	7,60 €	4,40 €	10,80 €	7,60 €	12,00 €
HE	24 €	4,80 €	11,50 €	6,70 €	16,30 €	11,50 €	18,00 €
HG	32 €	6,40 €	15,30 €	8,90 €	21,70 €		
HP	48 €	9,60 €	23,00 €	13,40 €	32,60 €		

VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

Votre situation familiale	CHEF DE FAMILLE jusqu'à 55 ans		CHEF DE FAMILLE de 56 à 65 ans		CHEF DE FAMILLE de 66 à 74 ans	
	<input type="radio"/> Individuel (RI)	<input type="radio"/> Famille (RF)	<input type="radio"/> Individuel (SI)	<input type="radio"/> Famille (SF)	<input type="radio"/> Isolé (VI)	<input type="radio"/> Couple (VF)

SOUSCRIPTEUR M. Mme **Montant de votre indemnité hospitalière par nuit** ● 8€ ● 16€ ● 24€ ● 32€ ● 48€

Nom : Nom usuel/marital :

Prénom : Né(e) le : [] [] [] [] [] [] à :

N° Sécurité Sociale : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Clé : [] [] Centre :

Profession (à libeller avec précision) :

VOTRE CONJOINT M. Mme **Montant de votre indemnité hospitalière par nuit** ● 8€ ● 16€ ● 24€ ● 32€ ● 48€

Nom : Nom usuel/marital :

Prénom : Né(e) le : [] [] [] [] [] [] à :

N° Sécurité Sociale : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Clé : [] [] Centre :

Profession (à libeller avec précision) :

VOS ENFANTS À CHARGE (Enfants de moins de 21 ans s'ils poursuivent leurs études) Indemnité hospitalière / nuit identique au souscripteur

Nom et prénom	Sexe (M/F)	Né(e) le	N° S.S. de la personne couvrant l'enfant
			[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
			[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

VOS COORDONNÉES

Adresse :

Code Postal : [] [] [] [] [] [] Commune : Email :

N° de téléphone domicile : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] N° de téléphone portable : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

VOTRE PROFIL DE SANTÉ Toutes les cases doivent être renseignées	Souscripteur		Conjoint		1 ^{er} enfant		2 ^{ème} enfant	
	Age	Taille / Poids	Age	Taille / Poids	Age	Taille / Poids	Age	Taille / Poids
Avez-vous été victime d'un accident ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
Quand ?	.....		.....		.....		.....
Cause ?	.....		.....		.....		.....
Séquelles ?	.....		.....		.....		.....
Avez-vous été ou êtes-vous atteint(e) d'une maladie chronique ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
Laquelle ?	.....		.....		.....		.....
Depuis quand ?	.....		.....		.....		.....
Suivez-vous un traitement médical ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
Lequel ?	.....		.....		.....		.....
Depuis quand ?	.....		.....		.....		.....
Avez-vous été hospitalisé(e) ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
Date de cette hospitalisation ?	.....		.....		.....		.....
Cause ?	.....		.....		.....		.....
Dans les prochains mois, allez-vous suivre un traitement médical ou une intervention chirurgicale ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non						
Cause ?	.....		.....		.....		.....
Date prévue ?	.....		.....		.....		.....
Nom et adresse de votre médecin traitant (facultatif) :								

Ce profil de santé peut être complété par toute pièce médicale que vous jugerez utile. Il suffit de l'adresser sous pli cacheté à l'attention de M. Le Médecin Conseil de la MUTUELLE DU REMPART : 1, rue d'Austerlitz - CS27261 - 31072 Toulouse Cedex 6. Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales d'adhésion à REMPART HOSPI. Je m'engage à respecter toutes les obligations qui en découlent, à signaler toute information susceptible de modifier les garanties souscrites.

Conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/78 modifié, je dispose d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification de toutes les données me concernant, par simple courrier adressé au siège social : Mutuelle du Rempart - 1, rue d'Austerlitz - CS27261 - 31072 Toulouse Cedex 6

A Le

Signature obligatoire précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"	
Souscripteur	Conjoint

CADRE RÉSERVÉ À LA MUTUELLE DU REMPART

Agence : N° Mutuelle :
 Date d'effet : [] [] [] [] [] [] Cotisation : €/mois
 Votre 1^{er} règlement par : CB Chèques Espèces Prélèvement

DÉLAIS D'ATTENTE OU STAGE

	Souscripteur	Conjoint	Enfants
Attente certificat de radiation	<input type="radio"/> Stage	<input type="radio"/> Stage	<input type="radio"/> Stage
Hospitalisation	<input type="radio"/> aucun	<input type="radio"/> aucun	<input type="radio"/> aucun
	<input type="radio"/> 3 mois	<input type="radio"/> 3 mois	<input type="radio"/> 3 mois
	<input type="radio"/> 6 mois	<input type="radio"/> 6 mois	<input type="radio"/> 3 mois
Maternité	<input type="radio"/> aucun	<input type="radio"/> aucun	<input type="radio"/> aucun
	<input type="radio"/> 10 mois	<input type="radio"/> 10 mois	<input type="radio"/> 10 mois

Les présentes conditions générales sont établies en conformité avec les règles statutaires et le règlement de la Mutuelle du Rempart.

Membre participant : personne âgée de moins de 75 ans à la date de la demande de souscription.

Bénéficiaires : membre participant et/ou ayants droit âgés de moins de 75 ans.

Délai d'attente ou stage : période pendant laquelle la garantie n'est pas encore en vigueur.

Événements garantis : tous les séjours correspondant à une hospitalisation pour raison chirurgicale ou médicale (sauf exclusions ci-dessous).

Hospitalisation : tout séjour minimal de 24 heures dans un établissement agréé par la Sécurité Sociale, à l'exclusion des établissements de cure, maisons de soins de suite (convalescence, repos, réadaptation), **rééducation, gériatrie et neuropsychiatrie**.

EFFET DE LA GARANTIE

Accident : garantie immédiate

Hospitalisation médicale ou chirurgicale, maternité : sous réserve de l'accord du Médecin Conseil au vu du questionnaire médical, la garantie est acquise à l'issue d'un délai d'attente :

- de 3 mois en hospitalisation médicale ou chirurgicale pour les personnes ayant moins de 66 ans,
- de 6 mois en hospitalisation médicale ou chirurgicale pour les personnes âgées de 66 à 75 ans,
- de 10 mois en maternité.

Ce délai n'est pas appliqué pour les membres participants produisant un certificat de radiation de moins de 2 mois émanant d'un organisme complémentaire au titre de garanties de prévoyance, ni pour les enfants qui viennent de naître et dont les parents bénéficient déjà de cette couverture.

CONTENU DE LA GARANTIE

Versement d'une indemnité hospitalière pour chaque nuit d'hospitalisation, et ce dès la première nuit.

Son montant est doublé :

- après 60 jours d'hospitalisation consécutifs,
- en cas d'hospitalisation d'urgence à plus de 300 kilomètres du domicile du bénéficiaire.

COTISATION ANNUELLE

L'âge du chef de famille détermine dans tous les cas le montant de la cotisation. Celle-ci est payable d'avance par année, semestre, trimestre, mois (uniquement par prélèvement) simultanément à la cotisation de la garantie santé de base. Par « Famille », on entend un couple + enfant(s), la cotisation est alors familiale et globale. Le terme « Individuel » s'entend pour une personne (adulte ou enfant), la cotisation s'applique pour chacun des bénéficiaires, à savoir toutefois que seul le 1^{er} enfant cotise.

RÈGLEMENT DES INDEMNITÉS

Les indemnités sont versées automatiquement dès que la Mutuelle a connaissance d'une hospitalisation, après vérification des droits et du bénéfice à prestations. Le membre participant s'engage à communiquer au Médecin Conseil de la Mutuelle toute pièce médicale pour apprécier si l'hospitalisation s'inscrit bien dans le cadre des garanties. En cas d'absence de versement, le membre participant dispose d'un délai de 90 jours pris en compte dès la fin de l'hospitalisation pour exercer une réclamation auprès de la Mutuelle.

EXCLUSIONS

Hospitalisations consécutives à des séjours pour :

- des affections constatées antérieurement à l'adhésion.
- des actes volontaires du bénéficiaire, notamment toxicomanie, alcoolisme, tentative de suicide, participation à des émeutes, rixes (sauf cas de légitime défense), délit.
- des opérations de chirurgie esthétique.
- des cures de rajeunissement ou d'amaigrissement.
- des interventions pour fausse-couche ou avortement.

DURÉE DE LA GARANTIE

La garantie est effective jusqu'au 75^{ème} anniversaire du membre participant.

La période de couverture correspond à l'année civile. L'échéance annuelle est fixée au 31 décembre.

Pour la catégorie E (mutualiste assujéti à un régime de Sécurité Sociale étudiante jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire) la période de couverture correspond à l'année universitaire (1^{er} septembre au 31 août).

L'adhésion se renouvelle chaque année par tacite reconduction.

Au gré de chaque partie, la garantie hospitalière pourra être résiliée chaque année moyennant un préavis de 2 mois (un mois pour la catégorie E) avant la date d'échéance par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le non-paiement de la cotisation entraîne la résiliation de la garantie.