Bulletin d'adhésion au contrat Santé

CDC Mutuelle - 71 rue Desnouettes 75015 - Paris

Merci de remplir, signer et retourner votre formulaire à : rc-sante@cdc-mutuelle.org

Adhérent (e) à compter du / /

Vous (agent du groupe de la Caisse des Dépôts, en activité ou retraité)

Nom patronymique : _____

Nom d'usage : _____

Prénom(s) : _____

Né(e) le : _____ A : _____

Adresse : _____

_____

N° Sécurité sociale : _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____

Email : _____

Situation familiale** : ☐ **Célibataire** ☐ **Marié(e)** ☐ **Séparé(e)** ☐ **Divorcé(e)** ☐ **Veuf(e)** ☐ **Concubin(e)** ☐ **Pacsé(e)**
depuis le : _____

Ayants-droits que vous souhaitez rattacher (ils doivent répondre aux définitions de l'article 10 des statuts)

Votre conjoint Sexe ☐ F ☐ H Régime Général ☐ A-t-il (elle) sa propre complémentaire santé ? OUI ☐ NON ☐

☐ Mme ☐ M _____ Prénom(s) : _____ Né(e) le : _____

Adhérent(e) Santé CDC Mutuelle ** : ☐ **OUI** : le _____ ☐ **NON** N° Sécurité sociale*** : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____ Email : _____

Situation familiale** : ☐ **Marié(e)** ☐ **Pacsé(e)** ☐ **Concubin(e)**

Situation administrative** : ☐ **Actif** ☐ **Retraité** ☐ **Indépendant** ☐ **Etudiant** ☐ **Sans profession**

Autres membres de la famille à garantir

Nom : _____ Né(e) le : _____ N° Sécurité sociale*** : _____

Prénom(s) : _____ Situation* : ☐ **Elève** ☐ **Etudiant** ☐ **autre**

Adresse*** : _____

Nom : _____ Né(e) le : _____ N° Sécurité sociale*** : _____

Prénom(s) : _____ Situation* : ☐ **Elève** ☐ **Etudiant** ☐ **autre**

Adresse*** : _____

Nom : _____ Né(e) le : _____ N° Sécurité sociale*** : _____

Prénom(s) : _____ Situation* : ☐ **Elève** ☐ **Etudiant** ☐ **autre**

Adresse*** : _____

* Rayer les mentions inutiles
** Cocher la case correspondant à votre situation
*** si différent du (de la) vôtre.

Si vous disposez d'un autre contrat complémentaire santé, en plus de votre adhésion à CDC Mutuelle, souhaitez-vous que CDC Mutuelle vienne en 1er rang et prenne en charge vos remboursements complémentaires (lien Noémie) ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

Bulletin d'adhésion au contrat Santé

CDC Mutuelle - 71 rue Desnouettes 75015 - Paris

Merci de remplir, signer et retourner votre formulaire à : rc-sante@cdc-mutuelle.org

Protection des données personnelles

- Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, telle que modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 et au Règlement UE n° 206/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données (RGPD), les informations et données collectées par CDC Mutuelle sont nécessaires à la présente adhésion et sont destinées à CDC Mutuelle en sa qualité de responsable de traitement, ainsi qu'aux destinataires visés ci-dessous.
- Les traitements mis en œuvre ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, notamment en ce qui concerne la lutte contre la fraude et la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ; les opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale ; l'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.
- La base juridique de ce traitement est l'exécution contractuelle de votre adhésion, le respect d'obligations légales et, en matière de prospection, l'intérêt légitime ou le consentement, selon le cas.
- Les destinataires de vos données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CDC Mutuelle, de leurs prestataires, partenaires et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.
- Vos données personnelles seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration, à la fois, des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposés par la réglementation applicable.
- Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposez, ainsi qu'un droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez exercer ces différents droits (i) en contactant directement CDC Mutuelle par courrier à l'adresse suivante : CDC Mutuelle, 71 rue Desnouettes – 75015 Paris, ou bien en saisissant le Délégué à la protection des données (DOP) à l'adresse suivante : dpo@cdcmutuelle.fr. Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractères personnel après votre décès.
- Les réclamations touchant à la collecte ou au traitement de vos données à caractère personnel pourront être adressées à la CDC Mutuelle dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, https://cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil , ou par téléphone au 01 53 73 22 22.
- CDC Mutuelle est susceptible d'utiliser vos données à caractère personnel à des fins de prospections commerciale, ou pour vous adresser des offres ouvertes à tous les assurés mais qui sont particulièrement adaptées à votre profil. Vous disposez du droit de vous opposer à une telle utilisation, en contactant CDC Mutuelle par courrier.
- Par ailleurs, je consens à recevoir de la part de CDC Mutuelle et de ses partenaires des messages électroniques contenant des propositions de nouveaux produits ou de nouveaux services : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Communication légale sur les ratios des garanties et la composition des frais de gestion conformément à l'arrêté du 6 mai 2020 pris en application de la loi N°2019-733 du 14 juillet 2019 :

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Bulletin d'adhésion au contrat Santé

CDC Mutuelle - 71 rue Desnouettes 75015 - Paris

Merci de remplir, signer et retourner votre formulaire à : rc-sante@cdc-mutuelle.org

Prise d'effet et conditions de résiliations

La garantie prend effet pour une durée minimale de 12 mois consécutifs prenant fin le 31 décembre qui suit cette période. Elle est prolongée tacitement par année civile pour une période d'un an. L'échéance de toute adhésion ou option est fixée au 31 décembre. L'adhérent peut dénoncer son adhésion à l'échéance annuelle moyennant un délai de préavis de 2 mois. Par dérogation à ce qui précède après expiration d'un délai d'un an suivant la prise d'effet de l'adhésion, le membre participant peut dénoncer cette dernière, sans frais ni pénalités, dans les conditions visées au règlement mutualiste et conformément aux article L221-10-2 et l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité.
Dans ce cas la dénonciation prend effet un mois après que la Mutuelle en ait reçu notification.

Documents à fournir à l'appui de l'adhésion

Afin de compléter votre dossier d'adhésion, vous devez nous retourner ce bulletin accompagné de :

- Copie de votre Carte Nationale d'Identité (ou carte de séjour) en cours de validité
- Votre RIB et, le cas échéant, le RIB de vos ayants-droits
- Certificat de radiation de votre ancienne mutuelle, le cas échéant
- Extrait d'acte de naissance (mariage), ou copie du récépissé d'enregistrement du PACS ou du certificat de concubinage (selon situation familiale)
- Copie du livret de famille (y compris ceux délivrés par des autorités étrangères)
- Copie attestation Vitale (différente de la carte vitale) téléchargeable sur votre compte Ameli.fr
- Copie des attestations Vitale de vos ayants-droits ayant leur propre n° de Sécurité sociale
- Certificat de scolarité pour les enfants à charge de plus de 21 ans
- Copie de la notification de mise à la retraite (**pour les agents retraités**)
- Copie du dernier bulletin de salaire, étant précisé que la Mutuelle pourra, le cas échéant, demander une copie du contrat de travail (**pour les actifs**)
- Copie de l'arrêté de nomination, attestation de réintégration ou de mobilité de la RH de la CDC (**pour les actifs**)

Montant de la cotisation annuelle

Le montant annuel de la cotisation est de :
Le règlement de la cotisation est à terme échu et mensuel.

Conditions applicables en cas de démarchage à domicile

En cas de démarchage à domicile dans les conditions de l'article L 221-18-1 du Code de la Mutualité, l'adhérent est informé de la faculté qui lui est donnée de renoncer librement à la présente souscription par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par envoi électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et informations légales afférentes à sa garantie.

Il est toutefois précisé qu'il ne peut plus exercer ce droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat. L'exercice du droit de renonciation entraîne l'annulation rétroactive du contrat.
En cas d'adhésion à plusieurs garanties auprès de plusieurs organismes, la renonciation doit être adressée à chacun des organismes offrant la ou les garanties dont l'adhérent entend obtenir la résiliation.

Bulletin d'adhésion au contrat Santé

CDC Mutuelle - 71 rue Desnouettes 75015 - Paris

Merci de remplir, signer et retourner votre formulaire à : rc-sante@cdc-mutuelle.org

Modèle de lettre de rétractation à adresser en RAR à chaque organisme en cas de démarchage à domicile
« Madame, Monsieur,
En application de l'article L 221-18-1 du Code de la Mutualité, je vous informe par le présent courrier user de ma faculté de renonciation aux garanties proposées dont les conditions d'adhésion et informations légales me sont parvenues en date du …, le cachet de La Poste faisant foi. Cette rétractation prend effet à la date prévu au contrat.
Veuillez agréer, ... / Lieu – Date – Nom – Prénom – Signature »

Conditions applicables en cas de vente à distance

En cas de vente à distance dans les conditions de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, l'adhérent est informé de la faculté qui lui est donnée de renoncer librement à la présente souscription en respectant le même formalisme qu'à la souscription pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et informations légales afférentes à sa garantie. Il est toutefois précisé qu'il ne peut plus exercer ce droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat. L'exercice du droit de renonciation entraîne l'annulation rétroactive du contrat.
En cas d'adhésion à plusieurs garanties auprès de plusieurs organismes, la renonciation doit être adressée à chacun des organismes offrant la ou les garanties dont l'adhérent entend obtenir la résiliation.
Modèle de lettre de renonciation
« Madame, Monsieur,
En application de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, je vous informe par le présent courrier user de ma faculté de renonciation aux garanties proposées dont les conditions d'adhésion et informations légales me sont parvenues en date du …, le cachet de La Poste faisant foi. Cette rétractation prend effet à la date prévu au contrat.
Veuillez agréer, ... / Lieu – Date – Nom – Prénom – Signature »

Clause relative aux PPE (Personnes Politiquement Exposées)

□ Je déclare ne pas être une Personne Politiquement Exposée (PPE). **Je certifie sur l'honneur que** :

- ➔ ni moi,
- ➔ ni un membre direct de ma famille (conjoint(e), enfants, ascendants au 1er degré, etc...),
- ➔ ni une personne m'étant étroitement associée (bénéficiaire effectif d'une même personne morale, etc…)

n'exerce ou n'a cessé d'exercer depuis moins d'un an l'une des fonctions listées ci-dessous :

• Chef d'état, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne ;
• Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n°88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger ;
• Membre d'une Cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours ;
• Membre d'une cour des comptes ;
• Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;
• Ambassadeur ou chargé d'affaires ;
• Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ;
• Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ;
• Directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.

Bulletin d'adhésion au contrat Santé

CDC Mutuelle - 71 rue Desnouettes 75015 - Paris

Merci de remplir, signer et retourner votre formulaire à : rc-sante@cdc-mutuelle.org

Mandat de prélèvement SEPA (*N'oubliez pas de joindre votre Relevé d'identité bancaire (RIB)*)

Par la signature du présent formulaire, vous autorisez CDC Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CDC Mutuelle, pour le paiement de vos cotisations.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Référence Unique du mandat *(zone réservée à CDC Mutuelle)* _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	**Identifiant créancier SEPA :**
Débiteur *Nom et adresse du titulaire du compte à débiter* Votre nom : ______________________ Votre prénom : ______________________ Votre adresse : ______________________ ______________________ Code postal : ________ Ville : ______________ Pays : ______________________	**Créancier** **CDC Mutuelle** 71 rue Desnouettes 75015 PARIS Paiement : ☐ récurent/répétitif ☐ ponctuel

IBAN : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

BIC : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Fait à : ____________________ Le ______________ **Signature** (obligatoire) : ______________________

Garantie choisie (Le choix est identique pour vous et vos ayants droit inscrits) - Validation de l'adhésion

Je souhaite adhérer à : ☐ la garantie « **Historique** » ☐ la garantie « **Bronze** » ☐ la garantie « **Prendre soin de soi** »
☐ Cotisation de maintien ☐ Surcomplémentaire HOSPI ☐ Surcomplémentaire SOINS COURANTS

Date d'effet différée souhaitée * (optionnel – voir le commentaire en astérisque ci-dessous) : ....

☐ Je reconnais qu'en souscrivant pour mon compte et celui de mes ayants droits, je deviens à la date d'effet de l'adhésion mentionnée ci-dessus, membre participant de la Mutuelle.
☐ Je reconnais avoir été informé(e) et conseillé(e) sur le fonctionnement et l'étendue de la garantie choisie, avoir pris connaissance de la grille des prestations et de la tarification de la garantie choisie, telles qu'annexées au règlement mutualiste, et je confirme que cette offre correspond aux besoins et au budget que j'ai indiqués.
☐ Je reconnais avoir été informé(e) des conditions de rémunération du conseiller auprès duquel j'ai souscrit la présente garantie.
☐ Je reconnais en outre avoir reçu et pris connaissance des statuts de la Mutuelle et du règlement intérieur.
☐ Je reconnais en outre avoir reçu et pris connaissance du règlement mutualiste dans lequel il est fait mention de l'adresse de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) et des procédures de réclamation et de médiation et le(s) tableau(x) de garanties et des notices d'information portées en annexe dudit règlement, ainsi que du document d'information sur le produit d'assurance.
☐ J'opte pour le prélèvement automatique de mes cotisations et je renseigne le mandat SEPA figurant ci-dessus.
☐ Je préfère acquitter mes cotisations au moyen de règlements par chèque.
☐ Je m'engage à aviser immédiatement CDC Mutuelle de tout changement qui pourrait intervenir dans ma situation administrative ou celle de mes ayants-droits.
☐ Je reconnais avoir pris connaissance des informations figurant au verso (voire sur les pages suivantes) du présent bulletin d'adhésion préalablement à sa signature.
Fait à : ____________ Le ____________ **Signature** : ______________________________

** En principe, votre adhésion prend effet le 1er jour du mois suivant celui au cours duquel le bulletin d'adhésion est signé. Vous pouvez toutefois, si vous le souhaitez, indiquer ci-dessus une date d'effet différée (qui doit correspondre au 1er jour d'un mois)* sous réserve de réception à cette date du dossier complet ; à défaut, la date de prise d'effet est reportée à la date de réception de l'entier dossier.