



Bulletin d'adhésion au contrat Santé

Merci de remplir, signer et retourner votre formulaire d'adhésion à

l'adresse mail suivante : 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 : _____	Pour les actifs :
Nom d'usage : _____	Employeur : _____
Prénom(s) : _____	Département bureau : _____
Né(e) le : _____ A : _____	Type de contrat* CDI CDD Contrat aidé
Adresse : _____	Indice nouveau majoré : _____
_____	Recruté(e) le : _____
N° Sécurité sociale : _____	Pour les retraités :
Téléphone fixe : _____	Retraité (e) le : _____
Téléphone portable : _____	Dernier indice : _____
Email : _____	Ou revenu annuel brut : _____ €
Situation familiale** : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) depuis le : _____	

Ayants droit 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

<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M _____	Prénom(s) : _____	Né(e) le : _____
Adhérent(e) Santé CDC Mutuelle ** : <input type="checkbox"/> OUI : le _____ <input type="checkbox"/> NON	N° Sécurité sociale*** : _____	
Téléphone fixe : _____	Téléphone portable : _____	Email : _____
Situation familiale** : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e)		
Situation administrative** : <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Sans profession		

Autres membres de la famille à garantir

Nom : _____	Né(e) le : _____	N° Sécurité sociale*** : _____
Prénom(s) : _____	Situation* : <input type="checkbox"/> Elève <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> autre	
Adresse*** : _____		
Nom : _____	Né(e) le : _____	N° Sécurité sociale*** : _____
Prénom(s) : _____	Situation* : <input type="checkbox"/> Elève <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> autre	
Adresse*** : _____		
Nom : _____	Né(e) le : _____	N° Sécurité sociale*** : _____
Prénom(s) : _____	Situation* : <input type="checkbox"/> Elève <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> 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 1^{er} rang et prenne en charge vos remboursements complémentaires (lien Noémie) ? OUI NON



Bulletin d'adhésion au contrat Santé

Merci de remplir, signer et retourner votre formulaire d'adhésion à

l'adresse mail suivante : rc-sante@cdc-mutuelle.org

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° 2016/679 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 opposer, 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 caractère 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

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**)



Bulletin d'adhésion au contrat Santé

Merci de remplir, signer et retourner votre formulaire d'adhésion à

l'adresse mail suivante : rc-sante@cdc-mutuelle.org

Mandat de prélèvement SEPA

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 : récurrent/répétitif ponctuel

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

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

Fait à : _____

Le : _____

Signature (obligatoire) : _____

N'oubliez pas de joindre votre Relevé d'identité bancaire (RIB)

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

Je souhaite adhérer à :

- la garantie « **Historique** »
- Cotisation de maintien
- Surcomplémentaire HOSPI
- la garantie « **Bronze** »
- la garantie « **Prendre soin de soi** »
- Surcomplémentaire SOINS COURANTS

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

- 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 en outre avoir reçu et pris connaissance des statuts de la Mutuelle, du règlement mutualiste et des notices d'information portées en annexe dudit règlement, ainsi que du document d'information sur le produit d'assurance.
- Je suis informé(e) que, selon ma situation, l'adhésion à certains contrats de prévoyance statutaire est obligatoire et que je dois, à cet effet, renseigner et signer un bulletin d'adhésion prévoyance séparé.
- 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 droit.

Fait à : _____ Signature : _____
Le : _____

* En principe, votre adhésion prend effet le 1^{er} 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 1^{er} jour d'un mois).