

Bulletin d'adhésion

CONTRAT PLURIO CONJOINT MI-03

A remplir par le membre participant et son conjoint ou la personne assimilée (si la demande d'adhésion concerne celui-ci) et à retourner à la Mutuelle

M, Mme, Nom : Prénom :

Nom de naissance :

- Concubinage
 Mariage en date du : ____/____/____
 PACS en date du : ____/____/____

Date de naissance : ____/____/____

Mutuelle d'appartenance : N° adhérent :

Adresse :

Code postal : _____ Ville :

Résident fiscal français

- oui
 non: pays _____

Personne à assurer

- Membre participant ou membre associé Conjoint ou personne assimilée

A remplir par le conjoint ou personne assimilée

M, Mme, Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : ____/____/____

Adresse (si différente) :

Code postal : _____ Ville :

Résident français

- oui
 non: pays _____

CLAUDE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT

La Mutuelle est susceptible d'utiliser vos données à caractère personnel à des fins de prospection commerciale. Vous disposez du droit de vous opposer à une telle utilisation, en contactant directement le service DPD par courrier (Délégué à la Protection des Données, **A INDIQUER ADRESSE**) par courriel (**INDIQUER ADRESSE MAIL**).

Je consens à recevoir de la part de la Mutuelle et de ses partenaires des propositions de nouveaux produits et de nouveaux services adaptés à mes besoins :

Par téléphone Par courrier Par courriel Par sms.

Je donne mon accord pour recevoir la newsletter de la Mutuelle par courriel :

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en adressant un courrier à l'adresse du siège de la Mutuelle (**INDIQUER ADRESSE**) ou un courriel à l'adresse (**ADRESSE mail**) accompagné d'un justificatif de votre identité. Ce retrait ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.

MONTANT DE LA COUVERTURE

Le montant de la couverture est exprimé en nombre de tranches de 103 euros.

Le montant minimum est de 206 euros et le montant maximum est de 2 060 euros.

Niveau de garantie : _____ (choisir entre 206 et 2 060 euros, par tranche de 103 euros)

PAIEMENT DE LA COTISATION DE L'ASSURE

Je choisis les modalités de versement de mes cotisations (cocher la case de votre choix) :

Précompte sur traitement¹ Prélèvement bancaire²

¹ Si ma situation le permet (agent), j'autorise la Mutuelle souscriptrice, à effectuer un précompte sur salaire ou pension correspondant à la retenue mensuelle.

² A défaut, je règle par prélèvement bancaire (joindre obligatoirement au mandat SEPA complété, daté et signé, ci-joint, un Relevé d'Identité Bancaire – RIB -)

(Je prends acte qu'en cas de rejet de prélèvement automatique, les frais éventuels facturés par l'organisme bancaire seront à ma charge)

FORMALITES MEDICALES

Les candidats à l'assurance de moins de 45 ans doivent remplir, outre le présent bulletin d'adhésion, une déclaration d'état de santé suivi du questionnaire de santé en cas de réponse positive à une question.

Les candidats à l'assurance de plus de 45 ans doivent remplir, outre le présent bulletin d'adhésion, le questionnaire de santé. Je complète / Nous complétons le bulletin d'adhésion, la déclaration de santé jointe et le questionnaire de santé ci-joint le cas échéant et place / plaçons le tout sous pli fermé et confidentiel à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur à l'adresse ci-dessous :

- Du 1^{er} janvier 2018 jusqu'au 14 février 2019, à l'adresse suivante :

MFPrévoyance

A l'attention du Médecin-Conseil

CS 91427 62, rue Jeanne d'Arc

75640 Paris Cedex 13

- A compter du 15 février 2019, à l'adresse suivante :

MFPrévoyance

A l'attention du Médecin-Conseil

TSA 90 555, 4 rue Berthollet

94110 Arcueil Cedex

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, vos données à caractère personnel pourront être transférées à votre assureur, MFPrévoyance pour réaliser les traitements dont il est responsable et qui ont notamment pour finalités la gestion des sinistres et la réalisation de statistiques à des fins de tarification.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus, les personnels dûment habilités de MFPrévoyance.

Vos données seront conservées par MFPrévoyance 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 imposées par la réglementation.

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. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Vous pouvez exercer ces différents droits sur les traitements pour lesquels MFPrévoyance est responsable en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances pour MFPrévoyance- Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel (dpog@cnp.fr).

Les réclamations touchant au traitement de vos données à caractère personnel pourront être adressées au service du Délégué à la Protection des Données, 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://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

(A COMPLETER AVEC LA CLAUSE DU PARTENAIRE, SELON LA PROCEDURE MISE EN PLACE).

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare / Nous déclarons :

- avoir reçu la notice d'information du contrat PLURIO CONJOINT MI-03 et en avoir accepté les termes,
- exact l'ensemble des renseignements communiqués dans le présent Bulletin d'adhésion,
- avoir rempli le questionnaire de santé, sauf si la notice d'information du contrat PLURIO CONJOINT MI-03 m'en dispense et la déclaration de santé,
- m'engager à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date d'effet de mon adhésion au contrat PLURIO CONJOINT MI-03,
- avoir bien noté que la présente demande de modification prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation de l'Assureur sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, En cas de défaut de paiement de la première cotisation, la date de prise d'effet de la garantie est reportée au lendemain de la date effective du paiement de celle-ci.
- avoir reçu et pris connaissance du document d'information normalisé du contrat PLURIO CONJOINT MI-03 ainsi que la fiche d'information et de conseil qui me permettent d'adhérer en toute connaissance de cause,
- Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente en face à face et/ou à distance et/ou par démarchage, reconnaître avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à cette vente comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de rédaction de lettre,
- Dans le cadre de cette vente, et si le délai de renonciation n'est pas encore expiré, donner expressément mon accord pour une prise d'effet des garanties à la date prévue selon la Notice d'information MI-03,
- Je reconnais que toute réticence ou déclaration inexacte intentionnelle qui pourrait changer l'appréciation du risque à garantir entraîne la nullité du contrat et la déchéance des garanties du contrat, conformément aux dispositions de l'article L. 113-8 du Code des assurances.
- Je reconnais que toute réticence ou déclaration inexacte intentionnelle qui pourrait changer l'appréciation du risque à garantir entraîne la nullité du contrat et la déchéance des garanties du contrat, conformément aux dispositions de l'article L. 113-8 du Code des assurances.

A le

Signature de l'adhérent, preneur d'assurance Signature du conjoint ou de la personne assimilée (si la demande d'adhésion concerne celui-ci)