

# BULLETIN D'ADHÉSION

## PLURIO DEPENDANCE MI-06

**A remplir par le Membre participant et/ou son Conjoint ou la Personne assimilée (si la demande d'adhésion concerne celui-ci) et à retourner à la Mutuelle souscriptrice**

- Adhésion initiale
- Modification de la garantie à la hausse
- Modification de la garantie à la baisse

*Les modifications sont autorisées sous réserve de respecter les conditions prévues dans la notice d'information MI-06.*

M, Mme Nom : ..... Prénom(s) : .....

Nom de naissance : .....

- Concubinage
- Date du Mariage : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Date du PACS : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mutuelle d'appartenance : ..... N° adhérent : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

### Résident fiscal français :

- Oui
- Non: Pays : .....

### Personne à assurer

- Membre participant
- Conjoint ou Personne assimilée

**A remplir par le Conjoint ou Personne assimilée le cas échéant :** M, Mme Nom : ..... Prénom(s) : ..... Nom de naissance : .....

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

### Résident fiscal français :

- Oui
- Non : Pays : .....

## Montant de la couverture :

Pour les Assurés relevant du Groupe 1 conformément à l'article 4.2 « Montant » de la notice d'information :

- Pour l'Assuré non couvert au préalable par une garantie dépendance de l'Assureur, le montant de la garantie est fixé à **150 points minimum**. Ce nombre minimum peut être augmenté, au choix, par tranche de 50 points, jusqu'à un plafond de **800 points**.
- Pour l'Assuré déjà couvert par une garantie dépendance de l'Assureur à la date la demande d'adhésion au contrat PLURIO DEPENDANCE, le montant de la garantie est fixé à **50 points minimum**. Ce nombre minimum peut être augmenté, au choix, par tranche de 50 points, jusqu'à un **plafond de 500 points**

**Niveau choisi : ..... points, soit ..... euros**

(La valeur du point au 1<sup>er</sup> janvier 2019 est de 1,76 €)

Pour les Assurés relevant du Groupe 2 conformément à l'article 4.2 « Montant » de la notice d'information :

L'Adhérent choisit un nombre entier de tranches, compris entre 2 et 20. Ce nombre peut être augmenté ou diminué, au choix de l'Adhérent dont les modalités sont prévues dans la notice d'information.

La valeur d'une tranche au 1<sup>er</sup> janvier 2019 est de 103 euros. Le montant de la rente est égal au nombre entier de tranches choisi par l'Adhérent multiplié par la valeur d'une tranche, et compris entre 206 € et 2060 €.

**Niveau choisi : ..... tranches, soit ..... euros**

**Souscription à l'option GIR 4 :**

Oui

Non

## PAIEMENT DE LA COTISATION DE L'ASSURE :

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

Précompte sur traitement<sup>1</sup>

Prélèvement bancaire<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> 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).

## Formalités médicales

**Le ou les Assuré(s) Membre(s) participant(s) et/ou Conjoint ou la Personne assimilé devront remplir ce bulletin et un questionnaire de santé ci-joint et placer le tout sous pli fermé et confidentiel à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur à l'adresse ci-dessous :**

- Du 1er janvier 2018 jusqu'au 14 février 2019, à l'adresse suivante :  
MFPrévoyance  
A l'attention du Médecin-Conseil  
TSA 91401, 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

#### CLAUSE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT

La CDC 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.

## 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](mailto: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).**

MFPrévoyance est sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) –

4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09

## DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare / Nous déclarons :

- avoir reçu la notice d'information du contrat MI-06 PLURIO DEPENDANCE et en avoir accepté les termes,
- Je reconnais avoir reçu et pris connaissance du document d'information normalisé du contrat PLURIO DEPENDANCE MI-06 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 à distance et/ou par démarchage, reconnaître avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance et/ou par démarchage comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de rédaction de lettre,
- Dans le cadre de la vente à distance et/ou par démarchage, 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-06,
- avoir répondu au questionnaire de santé de façon complète et sincère,
- m'engager à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date de prise d'effet de mon adhésion au contrat PREMIO Perte de Revenus MI-06,
- n'avoir rien caché qui puisse gêner la Mutuelle souscriptrice ou MFPrévoyance dans l'appréciation du risque à garantir,
- reconnaître 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*)

précédée de la mention « lu et approuvé »

précédée de la mention « lu et approuvé »