

Code partenaire : 94M004

BULLETIN D'ADHÉSION

CONTRAT PREMIO M011

A remplir par l'Adhérent ou le Candidat à l'assurance
et à retourner à la Mutuelle souscriptrice à l'adresse suivante :

Mutuelle Centrale des Finances (MCF)

110, rue de Picpus – CS 80504
75131 PARIS Cedex 12

L'ADHERENT

M., Mme., Nom d'usage Prénom(s)

Nom de naissance N° Adhérent :

Date de naissance : __ / __ / ____

Situation de famille : Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Célibataire Pacsé(e) Concubin(e)

Adresse

Code postal ____ Ville

Résident fiscal français :

OUI

NON : Pays

N° de téléphone __ / __ / __ / __ / __

Mél. (en lettre capitale) : @

GARANTIE DEPENDANCE DE BASE

Pour adhérer à la garantie de base (montant mensuel de rente : 350 €), l'Adhérent doit remplir les conditions suivantes, selon sa situation :

Actif (Membre participant ou Bénéficiaire cotisant) : Adhésion facultative

- Remplir le questionnaire de santé joint.

Conjoint : Adhésion facultative :

- Le Membre participant ou le Bénéficiaire cotisant doit avoir souscrit à la garantie de base ;
- Avoir moins de 70 ans à la date d'adhésion ;
- Remplir le questionnaire de santé joint.

Retraité (Membre participant ou Bénéficiaire cotisant) : Adhésion obligatoire sans formalités médicales au départ à la retraite et au plus tard le jour du 70^{ème} anniversaire.

GARANTIES DEPENDANCE COMPLEMENTAIRES

Pour adhérer aux garanties complémentaires, l'Adhérent doit :

- avoir souscrit la garantie de base ;
- être âgé de moins de 70 ans à la date d'adhésion ;
- remplir le questionnaire de santé joint.

➤ Choix de la garantie complémentaire :

une rente complémentaire (venant s'ajouter aux 350 € de la garantie de base) de :

250 € 500 € 750 €

ET/OU

la garantie dépendance partielle (téléassistance) :

- le paiement de l'ensemble du dispositif d'installation du matériel « Filattentive »
- le paiement de l'abonnement mensuel « Filattentive »

PAIEMENT DE LA COTISATION

- Je choisis les modalités de versement des cotisations (*cocher la case de votre choix*) :
 Précompte sur traitement ou sur pension Prélèvement bancaire
- Si ma situation le permet (agent), j'autorise la Mutuelle souscriptrice à effectuer un précompte sur salaire ou pension correspondant à la retenue mensuelle, dans les conditions déterminées dans les statuts de la Mutuelle Souscriptrice.
- 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

Ce bulletin et le questionnaire de santé ci-joint doivent être envoyés sous pli fermé et confidentiel à l'attention du Médecin-Conseil de l'Assureur à l'adresse ci-dessous :

CNP Assurances
Protection Sociale
A l'attention du Médecin-Conseil
TSA 96938
95905 Cergy Pontoise Cedex 9

DECLARATIONS SUR L'HONNEUR

Je déclare :

- ✓ demander mon adhésion au contrat PREMIO M011 et que m'a été remis préalablement à mon adhésion un exemplaire des statuts, du règlement intérieur, du règlement mutualiste et la notice d'information relative au contrat PREMIO M011,
- ✓ avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat PREMIO M011 définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre et je certifie en avoir pris connaissance et en avoir accepté les termes avant la signature du présent bulletin d'adhésion,
- ✓ avoir reçu et pris connaissance du document d'information normalisé du contrat PREMIO M011,
- ✓ n'avoir rien caché qui puisse gêner la Mutuelle Souscriptrice ou CNP Assurances 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,
- ✓ m'engager à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date d'effet de mon adhésion au contrat PREMIO M011,
- ✓ autoriser la Mutuelle souscriptrice et CNP Assurances à communiquer ces informations à leurs mandataires, réassureurs et organismes habilités,
- ✓ si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance, reconnaître avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance présentes dans la notice d'information du contrat PREMIO M011 comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation,
- ✓ dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas encore expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet des garanties à la date d'effet indiquée dans la notice d'information,
- ✓ donner mon accord pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français.
- ✓ avoir rempli le questionnaire de santé de façon complète et sincère, sauf si la notice d'information du contrat PREMIO M011 m'en dispense,
- ✓ être averti que si je suis soumis(e) à des formalités médicales mon contrat ne pourra prendre effet au plus tôt, sous réserve de l'acceptation du dossier, de la signature du bulletin d'adhésion et de l'encaissement de la première cotisation par la Mutuelle souscriptrice, qu'au premier jour du mois suivant l'acceptation par CNP Assurances, 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 lu et compris chacune des présentes déclarations.

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données « RGPD » et à la loi « Informatique et Libertés » modifiée le traitement de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par CNP Assurances et la MCF.

La MCF collecte et traite vos données personnelles en qualité de responsable du traitement.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale ; les statistiques commerciales ; l'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire. Elles

pourront être transférées à votre Assureur, CNP Assurances qui est responsable des traitements de gestion des sinistres, des contentieux et qui peut utiliser vos données personnelles pour 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 CNP Assurances et de la MCF ; ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat. Ces éventuels transferts des données à caractère personnel sont formalisés dans un cadre contractuel entre les parties concernées.

Vos données à caractère personnel 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 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 en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances, Service DPO, TSA n°16939, 4 promenade Cœur de ville 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@cnp.fr) en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité en cours de validité et auprès de la MCF concernant les traitements pour lesquels elle est responsable en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité en cours de validité à la MCF par voie postale : **Mutuelle Centrale des Finances (MCF), 110, rue de Picpus – CS 80504 – 75131 Paris Cedex 12**, ou par courriel : dpo@mutuellemcf.fr.

La MCF est susceptible d'utiliser vos données à caractère personnel à des fins de prospection commerciale.

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

Oui Non

Si oui (plusieurs choix possible) :

Par téléphone Par courrier Par courriel Par sms.

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

Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

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>, téléphone : 01 53 73 22 22.

En tout état de cause, l'adhésion ne pourra prendre effet que sous réserve que l'Adhérent ou le bénéficiaire du contrat d'assurance nommément désigné ne fassent pas l'objet d'une mesure de gel des avoirs au jour de la signature du bulletin d'adhésion.

Fait en deux (2) exemplaire à

, le

Signature de l'Adhérent

Précédée de la mention « Lu et approuvé »