

Bulletin d'adhésion au contrat collectif santé en application de la convention de participation conclue avec le CENTRE DE GESTION DE LA LOZÈRE



Être utile est un beau métier

GRUPE vyv

Date d'effet du contrat :

1^{er} et 2^e exemplaire à retourner à :
MNT Contrats
TSA 70020 - 33044 Bordeaux Cedex

3^e exemplaire à conserver
par le membre participant

Cadre réservé à la MNT :

N° contrat collectif : []

N° groupe d'assurés : []

ID MNT : []

MES INFORMATIONS PERSONNELLES

Mme* M.* Nom* : Prénom* :

Nom de naissance* : N° adhérent :

Date de naissance* : [] Situation de famille¹ : Célibataire Marié(e) Union Divorcé(e) Veuf(ve)

Adresse* :

Code postal* : [] Ville* :

Téléphone domicile : [] Téléphone portable : []

E-mail : @

N° Sécurité sociale* : [] Régime général*¹ Autre (à préciser)*¹ :

Employeur* :

N° matricule : Filière : Profession :

Date d'embauche* : [] Statut¹ : Retraité Titulaire Non titulaire Catégorie¹ : A B C

MON CHOIX DE GARANTIE

Offre Socle Offre Plus

Date effet de l'adhésion :

LES AUTRES BÉNÉFICIAIRES DE MON CONTRAT

	Nom*	Prénom*	Né(e) le	N° Sécurité sociale	Sexe ¹
<input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant			[]	[]	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre			[]	[]	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre			[]	[]	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre			[]	[]	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

J'accepte de recevoir par email des offres et informations de la MNT* oui non
J'accepte de recevoir par email des offres des partenaires de la MNT* oui non

1 - Cochez la case correspondante. Les informations précédées d'un * sont nécessaires pour assurer (i) la prise en compte de votre adhésion, (ii) la gestion de votre dossier (suivi de vos demandes, versement des prestations...), (iii) l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux éventuels, (iv) la réalisation des statistiques et (v) répondre à nos obligations légales, réglementaires et administratives et notamment en matière de lutte contre le blanchiment et la fraude.

Les informations collectées sont destinées à la MNT, peuvent être communiquées aux autorités administratives (ACPR, etc...) et judiciaires, aux organismes sociaux, à ses coassureurs et réassureurs, ainsi qu'à ses prestataires techniques et sous-traitants. Ces données seront conservées conformément à la durée nécessaire à l'exécution du contrat, et la gestion des contentieux, le cas échéant. Elles seront archivées conformément aux dispositions du code des assurances, code de la sécurité sociale et code civil, code de la mutualité. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978, appelée loi informatique et libertés, vous disposez de l'ensemble des droits prévus par la loi et notamment d'un droit d'accès, de modification, de suppression des informations vous concernant, d'un droit d'opposition pour motif légitime. Vous pouvez exercer ces droits auprès de la Mutuelle Nationale Territoriale en écrivant au Correspondant Informatique et Libertés à : Mutuelle Nationale Territoriale - CIL, 4 rue d'Athènes 75009 Paris.

Je certifie sincères et véritables les renseignements ci-dessus, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle étant sanctionnée par la nullité de mon adhésion, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaté par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de l'annexe au présent bulletin d'adhésion qui constitue un tout indissociable avec ce dernier, des statuts de la mutuelle de la notice d'information des garanties collectives qui décrivent notamment les garanties et les modalités du contrat collectif de santé, du barème de cotisation applicable le jour de l'adhésion ainsi que les notices d'information listées dans l'annexe.

En cas d'adhésion réalisée à distance ou à la suite d'un démarchage téléphonique (voir l'annexe au présent bulletin d'adhésion) :

Je demande expressément l'entrée en vigueur des garanties avant l'expiration du délai de renonciation de 14 jours explicité à l'annexe du présent bulletin d'adhésion et acquitte en conséquence la cotisation due pour bénéficier des garanties. Dans le cas où j'exercerais ma faculté de renonciation, je serais tenu au paiement proportionnel du service fourni.

BA Santé CDG Lozère 18. Garantie de la Mutuelle Nationale Territoriale, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584 et sous l'identifiant LEI 9695000Q8HEMSMEPF29 attribué par l'INSEE. Siège Social : 4 rue d'Athènes - 75009 PARIS

Fait en 3 exemplaires à :

Le :

Signature du représentant du souscripteur

Signature de l'adhérent précédée de la mention
« lu et approuvé » :

.....



N'oubliez pas de joindre un RIB et une photocopie de l'attestation de votre carte vitale.