

BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUELLE

PRÉVOYANCE

Bulletin à envoyer par mail à
adhesionprev.sofaxis@relyens.eu

**Convention de participation du 01.01.2020
au 31.12.2025 – Tarifs au 01.01.2023**

Valant certificat d'adhésion

PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE DU PERSONNEL
TERRITORIAL

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE COLLECTIVITE

Raison sociale

Siret

Adresse

CP Ville.....

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

Madame Monsieur

Nom Prénom

Nom de naissance

Date de naissance CP - Ville et Pays de naissance

Situation de famille

Adresse

Code postal Ville

Téléphone E-mail*

**Canal utilisé pour accuser réception de votre adhésion et pour vous informer du règlement des indemnisations*

Fonctionnaire CNRACL* Fonctionnaire IRCANTEC* Contractuel de droit privé* Contractuel de droit public*

**A remplir obligatoirement*

Titulaire Stagiaire Contractuel Catégorie hiérarchique C B A

N° matricule..... Filière

Traitement brut annuel Régime indemnitaire souscrit brut annuel.....

Date d'embauche dans la collectivité

Date d'effet de l'adhésion :

Au 1er jour du mois suivant la signature du bulletin d'adhésion individuelle, sous réserve des conditions prévues au contrat (Cf. Notice d'Information) et que vous ne fassiez pas l'objet d'une mesure de gel des avoirs au jour de la signature

Votre situation au moment de l'adhésion :

Temps complet Temps partiel Temps non complet Temps non complet -150h/trimestre

Temps partiel thérapeutique Arrêt de travail pour raisons de santé

Conditions Adhésion

• Fonctionnaire ou Agent qui n'est pas en arrêt de travail à la date d'effet du contrat : ✓ Le fonctionnaire ou l'agent peut adhérer au contrat sans condition, sous réserve que son inscription intervienne pendant les 12 premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du contrat. ✓ Le fonctionnaire ou l'agent embauché postérieurement à la date de prise d'effet du contrat, ou de retour de congé parental ou de disponibilité de droit ou sur autorisation, peut y adhérer sans condition, sous réserve que son inscription intervienne dans les 12 premiers mois qui suivent la date d'embauche ou de reprise. Passé ce délai de 12 mois suivant la date de prise d'effet du contrat, la date d'embauche ou de retour, l'adhésion au titre du contrat est acceptée sans questionnaire médical et au taux du contrat, à l'issue d'une période de 30 jours sans arrêt de travail. Il est précisé que le temps partiel thérapeutique n'est pas assimilé à une période d'arrêt de travail.

• Fonctionnaire ou agent en arrêt de travail à la date d'effet du contrat : ✓ Le fonctionnaire ou l'agent peut adhérer immédiatement au contrat dans les 12 premiers mois suivant la reprise effective d'activité, la garantie s'exerçant pour les risques dont l'origine est postérieure à la prise d'effet de la garantie. Passé ce délai de 12 mois suivant la date de prise d'effet du contrat, l'adhésion au titre du contrat est acceptée sans questionnaire médical et au taux du contrat, à l'issue d'une période de 30 jours sans arrêt de travail. Un délai de stage de 12 mois est appliqué aux garanties à compter de la date d'effet de l'adhésion au contrat, dès lors que l'adhésion prend effet après les périodes d'adhésion sans condition.

CHOIX DES GARANTIES		CHOIX DU NIVEAU D'INDEMNISATION				
Formules	Assiette de cotisation	80%	85 %	90%	95%	100%
Formule 1 : <ul style="list-style-type: none"> Incapacité temporaire Invalité permanente Perte de retraite 	Traitement Indiciaire Brut + Nouvelle bonification indiciaire + Régime indemnitaire	<input type="checkbox"/> 1.52 %	<input type="checkbox"/> 1.67 %	<input type="checkbox"/> 1.91 %	<input type="checkbox"/> 2.07 %	<input type="checkbox"/> 2.27 %
Formule 2 : <ul style="list-style-type: none"> Incapacité temporaire Invalité permanente Perte de retraite Décès/PTIA 	Traitement Indiciaire Brut + Nouvelle bonification indiciaire + Régime indemnitaire	<input type="checkbox"/> 2.07 %	<input type="checkbox"/> 2.22 %	<input type="checkbox"/> 2.44 %	<input type="checkbox"/> 2.60 %	<input type="checkbox"/> 2.78 %

En cas d'adhésion à une garantie décès / Bénéficiaire en cas de décès : à son conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé, à défaut à son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, non séparé ; à défaut à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux sans descendant; à défaut à ses ascendants par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux ; à défaut aux héritiers de l'Assuré par parts égales entre eux.

Déclaration de l'adhérent :

Je soussigné(e).....

- Déclare demander l'adhésion au contrat souscrit par mon employeur auprès de La MNT ;

- Déclare avoir pris connaissance et reçu un exemplaire de la notice d'information ;

- Déclare avoir lu et compris chacune des déclarations et ci-dessous et certifie complets et exacts les renseignements portés sur ce document. Je déclare être informé(e) que toute réticence ou déclaration fautive ou inexacte peut entraîner la nullité de mon adhésion, **conformément aux articles L.113-8 et L.113-9 du code des assurances** ; Déclare être à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse et le justifie en produisant une attestation délivrée par les caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse concernées ;

- Reconnais être informé(e) que, conformément au code de la consommation, j'ai le droit de m'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui me permet de ne pas être démarché(e) par des professionnels avec lesquels je n'ai pas de contrats en cours (modalités sur www.bloctel.gouv.fr);

- Accepte par avance de fournir tout renseignement et pièce justificatives sur l'origine des fonds destinés au paiement des cotisations dans le cadre des obligations auxquelles est soumis tout assureur en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ;

- Reconnais avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance contenues dans la Notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. J'ai noté que j'ai la possibilité de renoncer au contrat dans les 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion au Contrat. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : Sofaxis Santé Prévoyance – Service Contrats Adhésions – CS 80006 – 18020 Bourges cedex. Je donne expressément mon accord pour une prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion au contrat ;

- Donne mon accord pour l'utilisation de la langue française pour toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, le Souscripteur et l'Assuré sont régies par le droit français ;

- Autorise les services compétents de mon employeur à fournir à Sofaxis les informations nécessaires à la gestion du contrat et à prélever les cotisations dues sur mon salaire ;

La MNT, Assureur, et Sofaxis, gestionnaire, sont responsables (conjointement sur certains traitements), au sens du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) N°2016/679 du 27 avril 2016, ci-après « RGPD »), de traitements de données à caractère personnel vous concernant.

Les différents traitements mis en oeuvre par Sofaxis et/ou l'assureur ont pour finalités :

- La gestion des contrats de prévoyance complémentaire et des appels de cotisations,

- L'exécution des garanties des contrats (gestion des prestations de prévoyance complémentaire)

- La gestion des réclamations clients

- L'exercice des recours et la gestion des contentieux

- L'évaluation par l'Assureur des engagements pris à l'égard des assurés

- L'élaboration des statistiques et études actuarielles

- L'exécution des obligations légales auxquelles sont soumis La MNT et Sofaxis (type LCB-FT, loi Eckert...)

- La gestion du dispositif de lutte contre la fraude de l'Assureur

- La gestion des services annexes au contrat d'assurance le cas échéant (type contrôle médical)

La licéité des traitements mis en oeuvre repose sur :

- l'exécution du contrat d'assurance "prévoyance complémentaire du personnel territorial La MNT" souscrit par votre employeur et auquel vous avez choisi d'adhérer, ainsi que, s'agissant du traitement de vos données de santé, sur les exceptions prévues à l'article 9 §2 b) du RGPD (gestion de services de protection sociale) ;

- le respect d'obligations légales incombant à La MNT et Sofaxis (ex: traitements mis en oeuvre dans le cadre de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme),

- l'intérêt légitime, s'agissant notamment de la mise en oeuvre du dispositif de lutte contre la fraude de l'assureur.

Vos réponses à l'ensemble des rubriques sont obligatoires ; à défaut Sofaxis serait dans l'impossibilité de procéder à votre adhésion au contrat d'assurance ou le temps de traitement pourrait être retardé.

Certaines des données collectées et traitées par Sofaxis lui sont transmises par votre employeur.

Vos données ainsi que, le cas échéant, celles des bénéficiaires désignés, sont destinées aux équipes de Sofaxis en charge de la gestion des contrats de prévoyance et autres personnels habilités, aux personnels habilités de La MNT, à votre employeur, ainsi que, pour les données qui les concernent, aux sous-traitants ou prestataires éventuels impliqués dans la mise en oeuvre du traitement.

Vos données seront conservées :

- pendant la durée de votre adhésion au contrat de prévoyance complémentaire souscrit par votre employeur,

- cette durée étant augmentée à la fois de la durée des prescriptions légales ainsi que des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès.

Par ailleurs et sous certaines conditions, vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement à la portabilité de vos données, ainsi que du droit de vous opposer audit traitement. Vous pouvez exercer ces différents droits en justifiant de votre identité : - sur les traitements pour lesquels Sofaxis est responsable en contactant son Délégué à la protection des données par courrier postal (Sofaxis – DPO – CS 80006 – 18020 Bourges Cedex) ou par courrier électronique (privacy.sofaxis@relyens.eu).

- sur les traitements dont La MNT est responsable en contactant directement le service Délégué à la Protection des Données par courrier (MNT - Délégué à la Protection des Données, 4 rue d'Athènes, 75009 Paris) ou par courriel (dpo@mnt.fr). Les réclamations touchant au traitement de vos données à caractère personnel pourront également être adressées au service Délégué à la Protection des Données. 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.

Fait à
Signature obligatoire de l'adhérent

Le



Adhésion :

Par mail : adhesionprev.sofaxis@relyens.eu

Par téléphone : 02 48 48 21 00

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où le preneur est informé que le contrat est conclu. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : Sofaxis Santé Prévoyance, Service Contrats Adhésions - CS 80006 - 18020 BOURGES Cedex. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre de renonciation ci-après : « Je soussigné(e) demeurant à déclare renoncer à mon adhésion dont la date d'effet est fixée à/...../..... et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où je suis informé(e) que le contrat est conclu. Date Signature »