

BULLETIN D'ADHÉSION INDIVIDUELLE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE COLLECTIVITÉ

Raison sociale : Siret :

Adresse :

CP : Ville :

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS VOUS CONCERNANT

Madame Monsieur

Nom d'usage

Date de naissance : .../.../.....

Situation Familiale.....

Téléphone mobile*

Nom de naissance.....

Prénom.....

CP, Ville et Pays de naissance

Email* @

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

Adresse

Code postal Ville

RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS VOUS CONCERNANT

N° matricule..... Date d'embauche dans la collectivité

Type agent : Agent droit public Agent droit privé

Type de fonction publique : Territoriale

Caisse de retraite CNRACL IRCANTEC Autres

Statut Titulaire Stagiaire Contractuel

Catégorie hiérarchique C B A

Situation au moment de l'affiliation :

En activité En reprise d'activité, ex : congé parental ou disponibilité convenance personnelle

Arrêt de travail pour raisons de santé Temps partiel thérapeutique

Modalité horaire :

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

Assuré chez un autre assureur en Individuel pour les garanties :

Incapacité Invalidité Perte de retraite Décès PTIA Autres : Précisez.....

Date d'effet de l'adhésion :

Au 1er jour du mois suivant la date de signature du présent bulletin d'adhésion, 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.

GARANTIES		NIVEAU D'INDEMNISATION				
Formules	Assiette de cotisation	80%	85 %	90%	95%	100%
Formule 1 : <ul style="list-style-type: none"> Incapacité temporaire Invalidité permanente Perte de retraite 	Traitement Indiciaire Brut + Nouvelle bonification indiciaire + Régime indemnitaire	■ 1.90 %	■ 2.08 %	■ 2.39 %	■ 2.59 %	■ 2.84 %
Formule 2 : <ul style="list-style-type: none"> Incapacité temporaire Invalidité permanente Perte de retraite Décès/PTIA 	Traitement Indiciaire Brut + Nouvelle bonification indiciaire + Régime indemnitaire	■ 2.59 %	■ 2.77 %	■ 3.05 %	■ 3.25 %	■ 3.48 %

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.

La Mutuelle Nationale territoriale, en sa qualité d'assureur, et Relyens SPS, 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 œuvre par Relyens SPS 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, la recherche et le développement (amélioration des produits, enquêtes de satisfaction), l'exécution des obligations légales auxquelles sont soumis La MNT et Relyens SPS (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 (base légale) des traitements mis en œuvre 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 Relyens SPS (ex : traitements mis en œuvre 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 œuvre du dispositif de lutte contre la fraude de l'assureur et des traitements réalisés dans le cadre de la recherche et du développement.

Vos réponses à l'ensemble des rubriques sont obligatoires ; à défaut Relyens SPS 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 Relyens SPS lui sont transmises par votre employeur. Vos données ainsi que, le cas échéant, celles des bénéficiaires désignés, sont destinées aux collaborateurs habilités de Relyens SPS (en charge de la gestion des contrats de prévoyance et des services annexes), aux personnels habilités de La MNT, à votre employeur, ainsi que, et uniquement pour les données qui les concernent, au Centre de Gestion auquel est rattachée votre collectivité employeur, aux sous-traitants et prestataires éventuels impliqués dans la mise en œuvre du traitement, et aux autres tiers habilités.

Vos données seront conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat de prévoyance complémentaire souscrit par votre employeur (ou pour la durée spécifiquement prévue par la Cnil ou la réglementation en fonction des traitements), cette durée étant augmentée de la durée des prescriptions légales et, le cas échéant, des durées de conservation applicables aux dossiers sinistres.

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 vous adressant au Délégué à la protection des données de Relyens SPS par courrier postal (Relyens SPS – DPO – CS 80006 – 18020 Bourges Cedex) ou par courrier électronique (privacy.sps@relyens.eu). En fonction de la nature de votre demande, un justificatif d'identité pourra vous être demandé. 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.

Je certifie complets et exacts les renseignements portés sur ce document. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré l'expose aux sanctions prévues par les articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la Mutualité.

J'autorise les services compétents de mon employeur à fournir à Relyens SPS les informations nécessaires à la gestion du contrat et à prélever les cotisations dues sur mon salaire.

J'adhère au contrat collectif « LA PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE DU PERSONNEL DE LA FONCTION PUBLIQUE » souscrit par mon employeur auprès de La MNT.

Je déclare avoir pris connaissance et reçu un exemplaire de la notice d'information.

Le participant peut renoncer à son adhésion au 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 : Relyens SPS 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 ».

Signature de l'adhérent

Fait à

Le



Adhésion :

Retourner ce formulaire rempli et signé à adhesions.prevoyance@relyens.eu

Pensez à conserver une copie

Par téléphone : 02 48 48 20 90