BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION
SURCOMPLÉMENTAIRE RENFORT LA MUTUELLE FAMILIALE

CADRE RÉSERVÉ LA MUTUELLE FAMILIALE - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL

CODE VENDEUR : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| / CODE APPORTEUR (N° ORIAS) : |__|__|__|__|__|__|__|__| R

Mutuelle Familiale
ma complémentaire de vie®

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

STRUCTURE (CONTRAT EC_ |__|__|__|__|__|__|__|__|)

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE (CCN) DONT RELÈVE VOTRE ENTREPRISE : .....

CATÉGORIE DU RÉGIME APPLICABLE AU SALARIÉ : ☐ Ensemble du personnel / ☐ Cadres* / ☐ Non-Cadres**

RAISON SOCIALE : .....

N° SIRET : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CORRESPONDANT STRUCTURE / FONCTION : .....

☐ MME ☐ M. NOM : ..... PRÉNOM : .....

EMAIL : .....

TÉLÉPHONE FIXE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| - PORTABLE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

* Salariés et assimilés salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.

** Salariés et assimilés salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des non cadres.

IDENTIFICATION DU SALARIÉ

DATE D'EFFET DE L'AFFILIATION* : |__|__| / |__|__| / |2|0|__|__| DATE D'ENTRÉE DANS LA STRUCTURE : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

☐ MME ☐ M. NOM : ..... NOM JEUNE FILLE : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| - NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

RÉGIME : ☐ GÉNÉRAL ☐ LOCAL (ALSACE-MOSELLE) / (Je bénéficie de la télétransmission des décomptes. En cas de refus, cochez ici : ☐)

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : |__|__|__|__|__| - VILLE : .....

EMAIL : .....

TÉLÉPHONE FIXE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| - PORTABLE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

*L'adhésion au contrat surcomplémentaire prend effet à la date de réception du présent bulletin. Les garanties pour les soins courants, pharmacie, appareillage, prévention et médecine douce sont d'application immédiate. Les autres garanties s'appliquent après 3 mois d'affiliation au contrat surcomplémentaire Renfort Umanens (date à date).

COTISATIONS EN EUROS (CONTRAT FACULTATIF SANS CONTRIBUTION FINANCIERE DE L'EMPLOYEUR)

€	RENFORT 1	RENFORT 2	RENFORT 3	RENFORT 4
Adulte	15,00€	20,00€	25,00€	30,00€
Enfant	7,50€	10,00€	12,50€	15,00€

Choisissez le niveaux de garantie **«Renfort La Mutuelle Familiale»** adapté à vos besoins et à vos ayants droit.

SIGNATURE EMPLOYEUR ET CACHET

Fait à : .....

Le : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

SIGNATURE SALARIÉ(E)

Fait à : .....

Le : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies.

RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES : VOIR PAGE ANNEXE

EN CAS DE MODIFICATION DE VOTRE SITUATION, MERCI D'UTILISER LE BULLETIN DE CHANGEMENT DE SITUATION.

Mutuelle Familiale
ma complémentaire de vie®

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

S'il y a modification de garanties facultatives, cela nécessite une demande écrite adressée avant le 31/10 de l'année pour effet au 01/01 de l'année suivante.

A REMPLIR PAR LE SALARIÉ

JE SOUSSIGNÉ(E) ☐ MME ☐ M. NOM : ..... PRÉNOM : .....

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

RAISON SOCIALE DE MA STRUCTURE : .....

EMAIL : .....

TÉLÉPHONE FIXE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| - PORTABLE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

COMPLÈTE MON AFFILIATION COMME SUIT :

AFFILIATION AUX GARANTIES SURCOMPLÉMENTAIRES RENFORT UMANENS ET AFFILIATION DES AYANTS DROIT

SITUATION FAMILIALE : ☐ CÉLIBATAIRE / ☐ MARIÉ(E) / ☐ PACSÉ(E) / ☐ VIE MARITALE / ☐ DIVORCÉ(E) / ☐ VEUF(VE)

En cas d'affiliation aux garanties surcomplémentaires et de couverture de vos ayants droit, la cotisation sera entièrement à votre charge.

➡ **Je complète ma garantie par : ☐ Renfort 1 / ☐ Renfort 2 / ☐ Renfort 3 / ☐ Renfort 4**

➡ **Je choisis d'affilier mes ayants droit à titre facultatif : ☐ Oui / ☐ Non**

Chaque ayant droit bénéficiera des mêmes garanties que vous.

➡ **Mon(ma) conjoint(e) :**

☐ MME ☐ M. NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| - NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

RÉGIME : ☐ GÉNÉRAL ☐ LOCAL (ALSACE-MOSELLE) / (Mon(ma) conjoint(e) bénéficie de la télétransmission des décomptes. En cas de refus, cochez ici : ☐)

➡ **Mes enfants :**

	NOM	PRÉNOM	SEXE (M/F)	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (de rattachement, le cas échéant)	TÉLÉ TRANSMISSION
Enfant 1			|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	☐ OUI ☐ NON
Enfant 2			|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	☐ OUI ☐ NON
Enfant 3			|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	☐ OUI ☐ NON
Enfant 4			|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	☐ OUI ☐ NON

PIÈCES À JOINDRE À VOTRE BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

CADRE RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

- **La photocopie des attestations de droit à l'Assurance Maladie pour l'ensemble des personnes affiliées** ..... ☐
- **1 certificat/attestation pour les enfants de 21 ans et plus (scolarité, pôle emploi, apprentissage...)** ..... ☐
- **Justificatif d'identité avec photo en cours de validité*** ..... ☐
- **1 RIB pour les prélèvements, accompagné du mandat SEPA (prélèvement cotisations facultatives)** ..... ☐
- **RIB(s) pour le versement des prestations aux bénéficiaires** ..... ☐

Vos pièces ci-dessus ainsi que votre bulletin individuel d'affiliation sont à remettre à l'employeur ou à envoyer à :

GEREP GESTION - 4 rue de Vienne - CS 40001 - 75378 Paris Cedex 08.

*Justificatif d'identité (carte nationale d'identité, titre de séjour, passeport, permis de conduire) de l'adhérent du contrat, de la personne réglant les cotisations si celle-ci est différente de l'adhérent ainsi que des ayants droit.

SIGNATURE SALARIÉ(E)

Fait à : ..... / Le : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies.

RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES : VOIR PAGE ANNEXE

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION ANNEXE

MENTIONS LÉGALES ET RGPD

VOTRE MUTUELLE

Les organismes assureurs

Contrat assuré par **LA MUTUELLE FAMILIALE,** SIREN 784 442 915, 52, rue d'Hauteville - 75487 PARIS CEDEX 10 ; Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

Les organismes distributeurs

MUTUACONSEIL SOCIÉTÉ DE COURTAGE EN ASSURANCE : SAS au capital de 4 000 €, 176 avenue Charles de Gaulle - 92522 Neuilly sur Seine Cedex - RCS Nanterre 820 528 677 garantie financière à hauteur de 115 000 € RC Pro de 5 000 000 € - **MUTUACONSEIL** est soumis au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Taitbout 75436 cedex 09. En cas de réclamation client : Mutuaconseil Service réclamation - 176 avenue Charles de Gaulle, 92522 Neuilly sur Seine Cedex ou reclamation@mutuaconseil.fr.

VOTRE GESTIONNAIRE

Le Gestionnaire :

GEREP, Société indépendante de courtage en assurance, 4 rue de vienne - 75008 Paris -
SAS ou capital de 101 120€ - RCS Paris B 351 299 862. Immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 000 294 (www.orias.fr) Gerep est soumis au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Taitbout 75436 cedex 09.
En cas de réclamation client : GEREP - Service réclamation - CS 4000 I, 4 rue de Vienne, 75378 Paris cedex 08 ou reclamation@gerep.fr - Les réclamations sont traitées dans un délais de 2 mois.

RGPD

Règlement Général sur la Protection des Données

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 s'applique aux réponses faites au présent formulaire.

Finalités du traitement

La collecte, l'enregistrement et le traitement de vos données personnelles via le présent bulletin d'adhésion a pour but d'assurer la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance auprès des Organismes Assureurs et du Gestionnaire du présent contrat. Les réponses renseignées présentent un caractère obligatoire. A défaut, la Mutuelle ne sera pas en mesure d'assurer l'enregistrement et la gestion de votre adhésion.
Elles pourront également être utilisées pour vous proposer des offres avec votre consentement exprès, exprimé dans la case ci-contre ☐ . Vous pouvez exercer le retrait de votre consentement à tout moment.

Bases légales du traitement

La collecte et le traitement de vos données est nécessaire à l'exécution de votre contrat et au respect de ses obligations légales par la Mutuelle en matière de lutte contre le blanchiment et fraude.

Données et catégories de personnes concernées

Les données collectées concernent ainsi celles des adhérents de la Mutuelle et leurs ayant-droits.
Elles portent sur leur état civil, leur NIR, leur RIB ou tout autre document nécessaire à la gestion et l'exécution du contrat, notamment :

- Les données relatives à l'identification des parties (état civil, pièces d'identité, coordonnées etc.) ;
- Les données relatives à la situation familiale des parties ou intéressés au contrat et nécessaires à son application ;
- Les données relatives à la situation professionnelle des parties ou intéressés au contrat et nécessaires à son application (CSP, domaine d'activité, convention collective etc.).
- Les données nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des prestations liées au contrat (numéro d'identification de l'adhérent, autorisation de prélèvement, remboursements complémentaires sécurité sociale etc...).

Destinataires
Ces données sont destinées aux services de la Mutuelle et peuvent être transmises à ses partenaires prenant part à l'exécution de vos garanties.

Durée de conservation
Ces données sont conservées le temps nécessaire à l'exécution de votre contrat d'assurance et conformément aux délais de prescription en vigueur

Droits des personnes concernées
Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou leur limitation. Vous disposez également d'un droit d'opposition au traitement de vos données et droit à leur portabilité (cf. CNIL pour plus d'informations sur vos droits).

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous devez fournir vos nom, prénom, n° adhérent ainsi qu'une copie d'une pièce d'identité et contacter notre délégué à la protection des données (DPO).

Ce droit s'exerce sur demande écrite auprès du Gestionnaire.

Si vous n'êtes pas satisfait de vos échanges avec la Mutuelle, vous avez la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : CNIL – 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex 07.

DROIT DE RENONCIATION

Adhésion à distance
Toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet.

Dans ce cadre, l'application des garanties ne pourra pas être demandée avant écoulement du délai précédent, sauf demande d'exécution anticipée, en cochant la case ci-contre : ☐. je sollicite l'exécution anticipée de mes garanties à compter de la date portée au présent bulletin ou dès sa réception si cette date est postérieure.

Démarchage
Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités (article L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité).

Modalités
La renonciation doit être faite par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante : LA MUTUELLE FAMILIALE - Exercice du Droit de Rétractation - 52 rue d'Hauteville - 75487 PARIS CEDEX 10 selon le modèle ci-après : « Par le présent envoi recommandé avec avis de réception, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse, n° adhérent], déclare renoncer à mon adhésion au contrat [référence de la garantie], souscrit le [date] à [lieu]. Date et signature ».

Conséquences
L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de l'envoi recommandé. Le membre participant demeure néanmoins tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru. Ce montant proratisé est déterminé en jours calendaires.

Le droit de renonciation ne peut plus être exercé lorsque le membre participant demande l'exécution anticipée de ses garanties en cas d'adhésion à distance, ou lorsque sa garantie est mise en œuvre en connaissance de cause par lui-même et ses ayants droit, en cas de démarchage.