

Nom du groupe : **URAVF MIDI-PYRÉNÉES**

Numéro du groupe : **0728**

Date d'adhésion souhaitée (sous réserve d'un dossier complet) :

CHOIX DE LA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

MUSCADE-LAURIER 15 (+ 65 ans)

MUSCADE-LAURIER 15 (- 65 ans)

Formule identique à tous les membres de la famille

MEMBRE PARTICIPANT

En activité

Retraité

M. Mme Nom : Nom usuel/marital :
Prénom : Né(e) le : à :
Adresse (n°, voie, bâtiment...) :
Ville : Code postal : Tél. :
Email :
N° Sécurité Sociale : Clé : Centre :
Profession : Employeur (Nom) :

AYANT(S) DROIT

Conjoint(e) et assimilé(e)

M. Mme Nom : Nom usuel/marital :
Prénom : Né(e) le :
N° Sécurité Sociale : Clé : Centre :
Profession : Employeur (Nom) :
Email :

AYANT(S) DROIT

Enfant(s) à charge

Nom : Prénom :
Né(e) le : N° Sécurité Sociale : Clé : Centre :
Nom : Prénom :
Né(e) le : N° Sécurité Sociale : Clé : Centre :
Nom : Prénom :
Né(e) le : N° Sécurité Sociale : Clé : Centre :

Par défaut, je bénéficie, ainsi que mes ayants droit, de la télétransmission pour les remboursements liés à la garantie complémentaire santé à laquelle j'adhère.

Case à cocher si vous ne souhaitez pas bénéficier de ce service

Durée de la garantie : 1 an à compter de la date d'effet du contrat, renouvelable par tacite reconduction.

L'UN DES AFFILIÉS EST-IL UNE PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSÉE (PPE)*

(dont la définition est fixée aux articles L561-10 et R561-18 du Code monétaire et financier) ? oui non

* Personne qui exerce ou a cessé d'exercer depuis moins de 1 an une activité publique exposée à des risques particuliers en raison des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives (ex : préfet, commissaire de police, magistrat, maire, adjoint au maire, ministre, parlementaire...).

UN MEMBRE DIRECT DE MA FAMILLE* exerce ou a cessé d'exercer depuis moins de 1 an l'une de ces fonctions oui non

* Membre de fa famille :

- Le conjoint ou le concubin notoire, le partenaire lié par un acte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
- Les enfants, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un acte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
- Les ascendants au premier degré.

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions ci-dessus des informations et/ou justificatifs complémentaires pourront vous être demandés afin de valider votre adhésion ou toute autre opération de versement de prestations.

J'accepte de recevoir des informations sur les offres, produits et services de la Mutuelle du Rempart :

- Par courrier oui non
- Par email oui non
- Par SMS oui non

J'accepte que mes données à caractère personnel soient transmises à des partenaires de la Mutuelle du Rempart à des fins commerciales oui non
Par défaut, j'autorise la Mutuelle du Rempart à m'adresser par courrier, email ou SMS, les communications relatives à la vie mutualiste et aux événements organisés par la Mutuelle du Rempart.

Je peux m'opposer à ces communications en cochant la case ci-après

Je peux à tout moment modifier mes préférences sur simple demande à formuler auprès du siège de la Mutuelle.

MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS À LA CHARGE DU MEMBRE PARTICIPANT

Prélèvement SEPA

Autre (chèque ou virement)

Périodicité : le 10 du mois le 20 du mois

Périodicité : Trimestrielle Semestrielle Annuelle

Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

Je déclare être informé(e) par la Mutuelle du Rempart que les informations recueillies dans le cadre de mon adhésion au Règlement mutualiste font l'objet d'un traitement informatique ou manuel et sont utilisées pour la gestion de sa relation avec les bénéficiaires. Toutes ces informations sont nécessaires au traitement de mon adhésion dès lors qu'elles ne sont pas indiquées expressément comme facultatives. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de mon dossier. Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales (sauf opposition). Elles sont destinées à la Mutuelle du Rempart en tant que responsable du traitement et, éventuellement, à ses mandataires et/ou ses partenaires. La base légale du traitement des données personnelles recueillies est l'exécution du Règlement mutualiste. La Mutuelle du Rempart prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles. Conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données à caractère personnel, en particulier au règlement européen du 27 avril 2016 dit « RGPD », ainsi qu'à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, les informations transmises via ce formulaire sont destinées à la Mutuelle du Rempart en sa qualité de responsable du traitement, et éventuellement, à ses mandataires, partenaires, sous-traitants et/ou réassureurs, ainsi qu'aux autorités de contrôle compétentes.

Toutes les données collectées dans ce formulaire sont obligatoires et sont nécessaires à l'exécution de mesures précontractuelles ou contractuelles, ainsi que de nos obligations légales. Elles sont traitées à des fins de gestion de votre contrat d'assurance et pourront également être utilisées à des fins de lutte contre la fraude ainsi que de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, et pour la démonstration du respect de nos obligations légales. Ces données peuvent également être traitées à des fins de prospection commerciale sur la base de notre de votre consentement et d'intérêt légitime à vous proposer des produits ou services. Les données sont conservées durant la relation contractuelle, puis jusqu'aux termes des délais de prescription.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification d'effacement, de limitation, de portabilité et d'opposition pour motif légitime aux données personnelles vous concernant ainsi que d'un droit de retrait de votre consentement à tout moment. Vous pouvez exercer vos droits auprès du DPO désigné par la Mutuelle du Rempart :

Cabinet LEXAGONE - 9, rue Léon SALEMBIEN - 59 200 TOURCOING (adresse postale) ou dpo@rempartmutuelle.fr (adresse électronique).

De même, conformément aux dispositions de l'article 77 du RGPD, vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL en cas de violation alléguée du RGPD en écrivant à : CNIL - 3, place de FONTENOY - TSA 80715 - 75 334 PARIS Cedex 07 ou sur leur site internet : <https://www.cnil.fr>

Par ailleurs, conformément au Code de la consommation, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en écrivant à : Société OPPOSOTEL - Service BLOCTEL - 6, rue Nicolas SIRET - 10 000 TROYES (adresse postale) ou encore à : www.bloctel.gouv.fr

Conformément aux dispositions de la résiliation infra annuelle, je dispose de la faculté de mettre fin à mon contrat, sans frais ni pénalités, à tout moment sous réserve de respecter un délai de préavis d'un (1) mois et de justifier au moins d'une (1) année d'adhésion (article L. 221-10-2 du Code de la mutualité).

Je déclare avoir reçu et pris connaissance du document d'information normalisé, du descriptif de la couverture à laquelle j'adhère, des Statuts de la Mutuelle du Rempart. Je m'engage à respecter toutes les obligations qui en découlent ainsi qu'à signaler tout changement de situation personnelle et, plus généralement, toute information susceptible de modifier la situation des bénéficiaires. J'ai été informé(e) de l'application éventuelle de délais d'attente pour des garanties ne relevant pas du contrat responsable.

Je certifie sur l'honneur que les sommes versées au titre de mon adhésion n'ont pas d'origine délictueuse au sens de la législation applicable à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Je déclare être pleinement informé(e) des obligations légales et réglementaires incombant à la Mutuelle du Rempart en matière de déclaration de soupçon à TRACFIN.

Le Membre participant bénéficie d'un délai de renonciation de trente (30) jours calendaires à compter, soit du jour où il est informé que son adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations mentionnées au III de l'article L.221-18 du Code de la mutualité, si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu. Pour cela, il lui suffit d'adresser à la Mutuelle du Rempart - Département Adhésions (Service Gestion des Contrats) au 1, rue d'Austerlitz - CS 27 261 - 31072 Toulouse Cedex 6, une lettre recommandée ou par un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception, rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse) confirme renoncer à mon adhésion au contrat (nom de la gamme ou formule) que j'ai souscrit auprès de la Mutuelle du Rempart en date du Je vous saurais gré de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de ma demande d'adhésion, dans un délai de 30 jours maximum à compter de la date de réception de la présente correspondance. Fait à..... Le..... Signature ».

SIGNATURE OBLIGATOIRE DU MEMBRE PARTICIPANT Remis en 2 exemplaires, le _____ à _____

Cadre réservé à la mutuelle	
Agence / CSPE : _____	Numéro étude : _____
Cotisations Santé : _____	
Total : _____	
Montant du 1 ^{er} règlement : _____	le : _____
CB Chèque N° : _____	
N° Mutuelle : _____	
Délais d'attente <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Date d'adhésion : _____	
Délais applicables aux garanties ne relevant pas du contrat responsable	

PIÈCES À JOINDRE

- Une copie d'un justificatif d'identité, en cours de validité (Carte Nationale d'Identité ou Passeport)
- Une copie de « l'attestation de droits à l'assurance maladie » pour chaque bénéficiaire (document remis avec votre carte vitale).
- Un justificatif délivré par la MDPH pour les enfants de moins de 28 ans en situation de handicap
- Un certificat de radiation de moins de 2 mois (si vous venez d'un autre organisme)
- Un relevé d'identité bancaire (RIB) :
 - Du Membre participant pour le prélèvement des cotisations
 - Du ou des bénéficiaire(s) pour le remboursement des prestations
- Le 1^{er} règlement de cotisation par chèque ou carte bancaire (représentant au minimum 2 mensualités).
- Le cas échéant, le mandat SEPA dûment signé

