



Bulletin d'adhésion au contrat Santé

Merci de remplir, signer et retourner votre formulaire d'adhésion à

[l'adresse mail suivante : rc-sante@cdc-mutuelle.org](mailto:rc-sante@cdc-mutuelle.org)

Adhérent (e) à compter du / /

Vous

Nom patronymique : _____ N° Sécurité sociale : _____
Nom d'usage : _____ Né(e) le : _____
Prénom(s) : _____ A : _____
Adresse : _____ Téléphone fixe : _____
_____ Téléphone portable : _____
_____ Email : _____

Situation administrative* : Actif Retraité Indépendant Etudiant Sans profession
Situation familiale* : Célibataire - Marié(e) - Séparé(e) - Divorcé(e) - Veuf(e) - Concubin(e) - Pacsé(e)
depuis le : _____

Ayants droit que vous souhaitez rattacher (ils doivent répondre aux définitions de l'article 10 des statuts)

Votre conjoint Sexe F H Régime Général A-t-il (elle) sa propre complémentaire santé ? OUI NON

Mme M _____ Prénom(s) : _____ Né(e) le : _____
N° Sécurité sociale*** : _____
Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____ Email : _____
Situation familiale* : Marié(e) Pacsé(e) Concubin(e)
Situation administrative* : Actif Retraité Indépendant Etudiant Sans profession

Autres membres de la famille à garantir

Nom : _____	Né(e) le : _____	Adhérent(e) Santé* : <input type="checkbox"/> OUI le _____ <input type="checkbox"/> NON
Prénom(s) : _____	N° Sécurité sociale*** : _____	Situation* : <input type="checkbox"/> Elève <input type="checkbox"/> Etudiant
Adresse*** : _____	Carte d'invalidité** : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Taux déclaré : %
Nom : _____	Né(e) le : _____	Adhérent(e) Santé* : <input type="checkbox"/> OUI le _____ <input type="checkbox"/> NON
Prénom(s) : _____	N° Sécurité sociale*** : _____	Situation* : <input type="checkbox"/> Elève <input type="checkbox"/> Etudiant
Adresse*** : _____	Carte d'invalidité** : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Taux déclaré : %
Nom : _____	Né(e) le : _____	Adhérent(e) Santé* : <input type="checkbox"/> OUI le _____ <input type="checkbox"/> NON
Prénom(s) : _____	N° Sécurité sociale*** : _____	Situation* : <input type="checkbox"/> Elève <input type="checkbox"/> Etudiant
Adresse*** : _____	Carte d'invalidité** : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Taux déclaré : %

* Rayer les mentions inutiles

** Titulaire d'une carte d'invalidité ou souffrant d'un handicap déclaré avec un % d'invalidité

*** si différent du (de la) vôtre.

Si vous disposez d'un autre contrat complémentaire santé, en plus de votre adhésion à CDC Mutuelle, souhaitez-vous que CDC Mutuelle vienne en 1^{er} rang et prenne en charge vos remboursements complémentaires (lien Noémie) ?

OUI NON



Bulletin d'adhésion au contrat Santé

Merci de remplir, signer et retourner votre formulaire d'adhésion à

[l'adresse mail suivante : rc-sante@cdc-mutuelle.org](mailto:rc-sante@cdc-mutuelle.org)

Données personnelles

- Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, telle que modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 et au Règlement UE n° 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données (RGPD), les informations et données collectées par CDC Mutuelle sont nécessaires à la présente adhésion et sont destinées à CDC Mutuelle en sa qualité de responsable de traitement, ainsi qu'aux destinataires visés ci-dessous.
- Les traitements mis en œuvre ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, notamment en ce qui concerne la lutte contre la fraude et la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ; les opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale ; l'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.
- La base juridique de ce traitement est l'exécution contractuelle de votre adhésion, le respect d'obligations légales et, en matière de prospection.
- Les destinataires de vos données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CDC Mutuelle, de leurs prestataires, partenaires et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.
- Vos données personnelles seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration, à la fois, des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposés par la réglementation applicable.
- Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposez, ainsi qu'un droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez exercer ces différents droits (i) en contactant directement CDC Mutuelle par courrier à l'adresse suivante : CDC Mutuelle, 71 rue Desnouettes – 75015 Paris, ou bien en saisissant le Délégué à la protection des données (DOP) à l'adresse suivante : dpo@cdcmutuelle.fr. Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.
- Les réclamations touchant à la collecte ou au traitement de vos données à caractère personnel pourront être adressées à la CDC Mutuelle dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. 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://cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, ou par téléphone au 01 53 73 22 22.
- CDC Mutuelle est susceptible d'utiliser vos données à caractère personnel à des fins de prospections commerciale, ou pour vous adresser des offres ouvertes à tous les assurés mais qui sont particulièrement adaptées à votre profil. Vous disposez du droit de vous opposer à une telle utilisation, en contactant CDC Mutuelle par courrier.
- Par ailleurs, je consens à recevoir de la part de CDC Mutuelle et de ses partenaires des messages électroniques contenant des propositions de nouveaux produits ou de nouveaux services : OUI NON

Documents à fournir à l'appui de l'adhésion

Afin de compléter votre dossier d'adhésion, vous devez nous retourner ce bulletin accompagné de :

- Copie de votre Carte Nationale d'Identité (ou carte de séjour)
- Votre RIB
- RIB de vos ayants-droits (éventuellement)
- Certificat de radiation de votre ancienne mutuelle, le cas échéant
- Extrait d'acte de naissance (mariage), ou copie du récépissé d'enregistrement du PACS ou du certificat de concubinage (selon situation familiale)
- Copie du livret de famille (y compris ceux délivrés par des autorités étrangères)
- Copie attestation Vitale (différente de la carte vitale) téléchargeable sur votre compte Ameli.fr
- Copie des attestations Vitale de vos ayants droits ayant leur propres n° de Sécurité sociale
- Certificat de scolarité pour les enfants à charge de plus de 21 ans



Bulletin d'adhésion au contrat Santé

Merci de remplir, signer et retourner votre formulaire d'adhésion à

[l'adresse mail suivante : rc-sante@cdc-mutuelle.org](mailto:rc-sante@cdc-mutuelle.org)

Mandat de prélèvement SEPA

Par la signature du présent formulaire, vous autorisez CDC Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CDC Mutuelle, pour le paiement de vos cotisations. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Référence Unique du mandat (zone réservée à CDC Mutuelle)
_ _ _ _ _

Identifiant créancier SEPA :

Débiteur

Nom et adresse du titulaire du compte à débiter

Votre nom : _____

Votre prénom : _____

Votre adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

IBAN : _ _ _ _ _

BIC : _ _ _ _ _

Fait à : _____

Le : _____

Créancier

CDC Mutuelle

71 rue Desnouettes

75015 PARIS

Paiement : récurrent/répétitif ponctuel

Signature (obligatoire) : _____

N'oubliez pas de joindre votre Relevé d'identité bancaire (RIB)

Garantie choisie (Le choix est identique pour vous et vos ayants droit inscrits) - Validation de l'adhésion

Je souhaite adhérer à : la garantie « **Solidarité** » la garantie « **Bronze** »
 la garantie « **Prendre soin de soi** »

Date d'effet souhaitée :

Je reconnais avoir été informé(e) et conseillé(e) sur le fonctionnement et l'étendue de la garantie choisie, avoir pris connaissance de la grille des prestations et de la tarification de la garantie choisie, telles qu'annexées au règlement mutualiste, et je confirme que cette offre correspond aux besoins et au budget que j'ai indiqués.

Je reconnais en outre avoir reçu et pris connaissance des statuts de la Mutuelle, du règlement mutualiste ainsi que le document d'information sur les garanties.

Je déclare être informé(e) que mes cotisations sont fonction de ma situation de famille réelle.

J'opte pour le prélèvement automatique de mes cotisations et je renseigne le mandat SEPA figurant ci-dessus.

Je préfère acquitter mes cotisations au moyen de règlements par chèque ou en espèces.

Je m'engage à aviser immédiatement CDC Mutuelle de tout changement qui pourrait intervenir dans ma situation administrative ou celle de mes ayants droit.

Fait à : _____

Signature : _____

Le : _____