

# BULLETIN D'ADHÉSION

## PLURIO CAPITAL MI-02

A remplir par le Membre participant direct ou associé et/ou son Conjoint ou Personne assimilée (si la demande d'adhésion concerne celui-ci) et à retourner à la Mutuelle souscriptrice

**Personne à assurer :**

- Membre participant (direct ou associé) de la Mutuelle souscriptrice
- Conjoint ou Personne assimilée

**A remplir par le Membre participant de la Mutuelle souscriptrice :**

M, Mme, Nom : ..... Prénom(s) : .....

Nom de naissance : .....

- Concubinage
- Mariage en date du : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- PACS en date du : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mutuelle d'appartenance : ..... N° Adhérent : .....

Adresse : .....

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : .....

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Résident fiscal français**

- Oui
- Non:           Pays \_\_\_\_\_

**A remplir par le Conjoint ou Personne assimilée le cas échéant :**

M, Mme, Nom : ..... Prénom(s) : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse (si différente du Membre Participant) :

.....  
.....

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : .....

Téléphone\* : \_ \_ \_ \_ \_

\* Il existe un droit d'opposition au démarchage téléphonique dont l'inscription se fait une liste disponible via <https://conso.bloctel.fr/>

**Résident français**

Oui

Non: Pays \_\_\_\_\_

**CLAUSE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT**

La Mutuelle est susceptible d'utiliser vos données à caractère personnel à des fins de prospection commerciale. Vous disposez du droit de vous opposer à une telle utilisation, en contactant directement le service DPD par courrier (Délégué à la Protection des Données, **A INDIQUER ADRESSE**) par courriel (**INDIQUER ADRESSE MAIL**).

Je consens à recevoir de la part de la Mutuelle et de ses partenaires des propositions de nouveaux produits et de nouveaux services adaptés à mes besoins :

Par téléphone     Par courrier     Par courriel     Par sms.

Je donne mon accord pour recevoir la newsletter de la Mutuelle par courriel :

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en adressant un courrier à l'adresse du siège de la Mutuelle (**INDIQUER ADRESSE**) ou un courriel à l'adresse (**ADRESSE mail**) accompagné d'un justificatif de votre identité. Ce retrait ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.

**MONTANT DE LA COUVERTURE :**

Pour les Assurés relevant du Groupe 1 conformément à l'article 4.2 « Montant de la garantie » de la notice d'information : le montant de la garantie est fixé à **1 000 points minimum**. Ce nombre minimum peut être augmenté, au choix, par tranche de 1000 points, jusqu'à un **plafond de 50 000 points**.

**Niveau choisi : ..... points, soit ..... euros**

(La valeur du point au 1<sup>er</sup> janvier 2019 est de 1,76 €)

Capital minimum garanti : 1 000 points soit 1 760 euros.

Capital maximum garanti : 50 000 points soit 88 000 euros.

Pour les Assurés relevant du Groupe 2 conformément à l'article 4.2 « Montant de la garantie » de la notice d'information : l'Adhérent choisit un nombre entier de tranches, compris entre 1 et 10. Ce nombre peut être augmenté ou diminué, au choix de l'Adhérent.

La valeur d'une tranche au 1<sup>er</sup> janvier 2019 est de 10 203 euros au minimum. Le montant de la rente est égal au nombre entier de tranches choisi par l'Adhérent multiplié par la valeur d'une tranche, et compris entre 10 203 € et 102 030 €.

**Niveau choisi : ..... tranches, soit ..... euros**

PLURIO CAPITAL MI02 est un produit MFPrévoyance

## PAIEMENT DE LA COTISATION DE L'ASSURE :

Je choisis les modalités de versement de mes cotisations (cocher la case de votre choix) :

Précompte sur traitement<sup>1</sup>                       Prélèvement bancaire<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Si ma situation le permet (agent), j'autorise la Mutuelle à effectuer un précompte sur salaire ou pension correspondant à la retenue mensuelle.

<sup>2</sup> A défaut, je règle par prélèvement bancaire (joindre obligatoirement au mandat SEPA complété, daté et signé, ci-joint, un Relevé d'Identité Bancaire – RIB -)

(Je prends acte qu'en cas de rejet de prélèvement automatique, les frais éventuels facturés par l'organisme bancaire seront à ma charge)

## FORMALITES MEDICALES

Les candidats à l'assurance de moins de 45 ans doivent remplir, outre le présent bulletin d'adhésion, une déclaration d'état de santé suivi du questionnaire de santé en cas de réponse positive à une question de la déclaration de santé. Les candidats à l'assurance de plus de 45 ans doivent remplir, outre le présent bulletin d'adhésion, le questionnaire de santé.

Je complète / Nous complétons le bulletin d'adhésion, la déclaration de santé jointe et le questionnaire de santé ci-joint le cas échéant et place / plaçons le tout sous pli fermé et confidentiel à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur à l'adresse ci-dessous :

- Du 1<sup>er</sup> janvier 2018 jusqu'au 14 février 2019, à l'adresse suivante :

MFPrévoyance

**A l'attention du Médecin-Conseil**

CS 91427 62, rue Jeanne d'Arc

75640 Paris Cedex 13

- A compter du 15 février 2019, à l'adresse suivante :

MFPrévoyance

**A l'attention du Médecin-Conseil**

TSA 90 555, 4 rue Berthollet

94110 Arcueil Cedex

## INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, vos données à caractère personnel pourront être transférées à votre assureur, MFPrévoyance pour réaliser les traitements dont il est responsable et qui ont notamment pour finalités la gestion des sinistres et la réalisation de statistiques à des fins de tarification.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus, les personnels dûment habilités de MFPrévoyance.

Vos données seront conservées par MFPrévoyance 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 imposées par la réglementation.

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 opposer. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Vous pouvez exercer ces différents droits sur les traitements pour lesquels MFPrévoyance est responsable en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances pour MFPrévoyance- Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel ([dpog@cnp.fr](mailto:dpog@cnp.fr)).

Les réclamations touchant au traitement de vos données à caractère personnel pourront être adressées au service du Délégué à la Protection des Données, 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://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

(A COMPLETER AVEC LA CLAUSE DU PARTENAIRE, SELON LA PROCEDURE MISE EN PLACE).

## DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare / Nous déclarons :

- avoir reçu la notice d'information du contrat PLURIO Capital MI-02 et en avoir accepté les termes,
- exact l'ensemble des renseignements communiqués dans le présent Bulletin d'adhésion,
- avoir rempli le questionnaire de santé, sauf si la notice d'information du contrat PLURIO capital MI-02 m'en dispense et la déclaration de santé,
- m'engager à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la date d'effet de mon adhésion au contrat PLURIO capital MI-02,
- avoir bien noté que la présente demande de modification prendra effet le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant l'acceptation de l'Assureur sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, En cas de défaut de paiement de la première cotisation, la date de prise d'effet de la garantie est reportée au lendemain de la date effective du paiement de celle-ci.
- avoir reçu et pris connaissance du document d'information normalisé du contrat PLURIO capital MI-02 ainsi que la fiche d'information et de conseil qui me permettent d'adhérer en toute connaissance de cause, Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente en face à face et/ou à distance et/ou par démarchage, reconnaître avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à cette vente comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de rédaction de lettre,
- Dans le cadre de cette vente, et si le délai de renonciation n'est pas encore expiré, donner expressément mon accord pour une prise d'effet des garanties à la date prévue selon la Notice d'information MI-02.
- Je reconnais que toute réticence ou déclaration inexacte intentionnelle qui pourrait changer l'appréciation du risque à garantir entraîne la nullité du contrat et la déchéance des garanties du contrat, conformément aux dispositions de l'article L. 113-8 du Code des assurances.

A .....

le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature de l'Adhérent, preneur d'assurance

Signature du Conjoint ou de la Personne assimilée  
(si la demande d'adhésion concerne celui-ci)