

# BULLETIN D'ADHÉSION CDC MUTUELLE

## PREMUO M091

Qualité de l'Adhérent :

- Adhérent âgé de moins de 45 ans ou ayant moins de 3 ans dans le Groupe Caisse des Dépôts et Consignations ou issu d'une Mutuelle à contrat identique
- Adhérent âgé de plus de 45 ans ou ayant plus de 3 ans dans le Groupe Caisse des Dépôts et Consignations

M, Mme Nom : ..... Prénom(s) : .....

Nom de naissance : .....

Concubinage

Date du Mariage : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date du PACS : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

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

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

**Résident fiscal français :**

- Oui
- Non: Pays : .....

**Nombre d'Enfants à charge** (conformément à l'article 2.2 « Définitions » de la notice d'information : \_\_\_\_\_)

SEXE	NOM	PRENOM(S)	DATE DE NAISSANCE
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

**Montant de la couverture\* :**

<input type="checkbox"/> OPTION 1	<input type="checkbox"/> OPTION 2
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un « Capital Décès »</li> <li>- Un « Capital Education »</li> <li>- Un « Capital supplémentaire Education »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un « Capital Décès » selon la situation de l'Adhérent (marié/PACS/concubin/célibataire/veuf) et majoré par Enfant(s) à charge</li> <li>- Un « Capital Education »</li> <li>- Un « Capital supplémentaire Education »</li> </ul>

\* A défaut de choix exprimé par l'Adhérent, l'option 1 sera appliquée par défaut.

PREMUO M091 est un produit MFPrévoyance

MFPrévoyance, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance,  
au capital de 81 773 850 euros, régie par le Code des assurances,  
RCS 507 648 053 PARIS, Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc - 75640 Paris Cedex 13.

CDC Mutuelle  
12, avenue Pierre Mendès France – 75013 PARIS  
Mutuelle soumise aux dispositions du Code de la mutualité,  
Immatriculée sous le numéro SIREN 784 301 434.

## DECLARATIONS SUR L'HONNEUR

Je déclare :

- demander mon adhésion au contrat PREMIO M091, que la notice d'information du contrat PREMIO M091 m'a été remise et avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat PREMIO M091 définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre et je certifie en avoir pris connaissance et en avoir accepté les termes avant la signature du présent bulletin d'adhésion,
- avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère,
- n'avoir rien caché qui puisse gêner la Mutuelle souscriptrice ou l'Assureur dans l'appréciation du risque à garantir,
- reconnaître 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 sans remboursement des cotisations déjà versées conformément aux dispositions de l'article L113-8 du Code des assurances,
- m'engager à signaler toute modification de l'état de santé qui surviendrait avant la date d'effet de l'adhésion au contrat,
- autoriser la Mutuelle souscriptrice et l'Assureur à communiquer ces informations à leurs mandataires, réassureurs et organismes habilités,
- si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance, reconnaître avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation,
- dans le cadre de la vente à distance, et si le délai de renonciation n'est pas encore expiré, je donne expressément mon accord pour une prise d'effet des garanties à la date d'effet indiquée dans la notice d'information,
- donner mon accord pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français.
- avoir rempli le questionnaire de santé, sauf si la notice d'information du contrat PREMIO M091 m'en dispense.
- si je suis soumis à des formalités médicales que le contrat ne pourra prendre effet au plus tôt, sous réserve de l'acceptation du dossier, de la signature du bulletin d'adhésion et de l'encaissement de la première cotisation par la Mutuelle souscriptrice, qu'au premier (1<sup>er</sup>) jour du mois suivant l'acceptation de l'Assureur. 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.

PREMIO M091 est un produit MFPrévoyance

MFPrévoyance, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance,  
au capital de 81 773 850 euros, régie par le Code des assurances,  
RCS 507 648 053 PARIS, Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc - 75640 Paris Cedex 13.

CDC Mutuelle  
12, avenue Pierre Mendès France – 75013 PARIS  
Mutuelle soumise aux dispositions du Code de la mutualité,  
Immatriculée sous le numéro SIREN 784 301 434.

Le présent bulletin d'adhésion est à retourner à :

**CDC Mutuelle**  
**12, avenue Pierre Mendès France**  
**75013 PARIS**

A \_\_\_\_\_, le .....

**Signature de l'Adhérent**

Les données personnelles recueillies sont nécessaires et ont pour finalité la gestion du contrat et du risque et sont destinées à l'Assureur responsable du traitement, aux sous-traitants, prestataires et réassureurs. La liste des entreprises destinataires de ces informations est accessible sur demande auprès des responsables de traitements. Certaines informations pourront également être adressées à des tiers pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.

L'Adhérent autorise expressément que ses données personnelles destinées à l'Assureur et/ou ses partenaires puissent être utilisées à des fins commerciales en cochant la case ci-après :  .

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, l'Adhérent peut s'opposer, sans frais, à ce que ses données soient utilisées à des fins de prospection commerciale par l'Assureur et/ou ses Partenaires commerciaux en ne cochant pas la case ci-dessus.

L'Adhérent bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition d'utilisation et d'effacement des données qui le concernent, ainsi que du droit de définir des directives au sort de ses données après son décès. Il peut exercer ces droits par un écrit signé accompagné d'une copie de sa pièce d'identité recto/verso en cours de validité comportant sa signature à MFPrévoyance, Correspondant Informatique et Libertés, 62 rue Jeanne d'Arc, 75013 Paris.

Les données le concernant sont conservées pendant toute la durée de l'adhésion et cinq (5) ans après la fin de l'adhésion.

Nous informons l'Adhérent de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique "Bloctel" sur laquelle il peut s'inscrire à l'adresse suivante : <https://conso.bloctel.fr>

PREMUO M091 est un produit MFPrévoyance

MFPrévoyance, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance,  
au capital de 81 773 850 euros, régie par le Code des assurances,  
RCS 507 648 053 PARIS, Siège social : 62 rue Jeanne d'Arc - 75640 Paris Cedex 13.

CDC Mutuelle  
12, avenue Pierre Mendès France – 75013 PARIS  
Mutuelle soumise aux dispositions du Code de la mutualité,  
Immatriculée sous le numéro SIREN 784 301 434.

**FORMULAIRE DE DESIGNATION DE BENEFICIAIRE(S)  
AU TITRE DU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE  
A ADHESION OBLIGATOIRE « PREMIO M091 »**

Code partenaire : 75M007

- Première désignation de Bénéficiaire(s)  
 Modification de la clause de désignation de Bénéficiaire(s)

**INFORMATIONS RELATIVES A L'ASSURE (E)**

Madame  Monsieur

Nom ..... Nom de naissance .....

Prénom(s)..... Date de naissance \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

Entreprise souscriptrice (Dénomination sociale) .....

Résident fiscal français :

- OUI  
 NON : PAYS .....

N° ..... rue.....

Etage ..... Immeuble : .....

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : ..... Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse Email : .....@.....

Profession : .....

*(En cas de changement d'adresse et/ou de situation familiale et/ou professionnelle, l'Adhérent s'engage à en informer le Souscripteur)*

**✓ AU TITRE DE LA GARANTIE DECES**

- JE CHOISIS LA FORMULE GENERALE (CLAUSE TYPE)

**RAPPEL DE LA CLAUSE TYPE DE DESIGNATION DE BENEFICIAIRE(S) DU  
CAPITAL GARANTI EN CAS DE DECES PREVUE AU CONTRAT <sup>(1)</sup>**

*(1) Clause type qui figure dans le contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire « PREMIO M091 »*

**Sauf stipulation contraire, le capital décès garanti est attribué selon la clause type suivante :**

- ✓ A mon Conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé par jugement définitif ou par convention de divorce enregistrée par notaire ou à mon Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), non séparé ou à mon Concubin dont la vie commune avec moi-même présentait un caractère de stabilité et de continuité au moment de mon décès,
- ✓ A défaut à mes 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,
- ✓ A défaut à mes 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,
- ✓ A défaut à mes autres héritiers par parts égales entre eux.



**✓ AU TITRE DE LA GARANTIE FRAIS D'OBSEQUES**

**DESIGNATION DU BENEFICIAIRE POUR LE VERSEMENT DE LA PRESTATION FRAIS D'OBSEQUES**

Le capital est versé, soit à l'organisme de pompes funèbres soit à la personne physique ayant pris en charge les frais d'obsèques de l'Assuré(e) et à hauteur des frais facturés, dans la limite du capital souscrit.

**POUR LE SOLDE**

Lorsque le capital garanti est supérieur au montant des frais d'obsèques, le solde éventuel est versé au(x) bénéficiaire(s) selon les modalités choisies ci-dessus au titre de la garantie décès.

**Ce document est à retourner complété à la Mutuelle souscriptrice à l'adresse suivante :**

**CDC Mutuelle  
12, avenue Pierre Mendès France  
75013 PARIS**

Fait à ....., le .....

**Signature de l'Assuré(e)**

Les données personnelles recueillies sont nécessaires et ont pour finalité la gestion du contrat et du risque et sont destinées à l'Assureur responsable du traitement, aux sous-traitants, prestataires et réassureurs. La liste des entreprises destinataires de ces informations est accessible sur demande auprès des responsables de traitements. Certaines informations pourront également être adressées à des tiers pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.

L'Adhérent autorise expressément que ses données personnelles destinées à l'Assureur et/ou ses partenaires puissent être utilisées à des fins commerciales en cochant la case ci-après :  .

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, l'Adhérent peut s'opposer, sans frais, à ce que ses données soient utilisées à des fins de prospection commerciale par l'Assureur et/ou ses Partenaires commerciaux en ne cochant pas la case ci-dessus.

L'Adhérent bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition d'utilisation et d'effacement des données qui le concernent, ainsi que du droit de définir des directives au sort de ses données après son décès. Il peut exercer ces droits par un écrit signé accompagné d'une copie de sa pièce d'identité recto/verso en cours de validité comportant sa signature à MFPrévoyance, Correspondant Informatique et Libertés, 62 rue Jeanne d'Arc, 75013 Paris.

Les données le concernant sont conservées pendant toute la durée de l'adhésion et cinq (5) ans après la fin de l'adhésion.

Nous informons l'Adhérent de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique "Bloctel" sur laquelle il peut s'inscrire à l'adresse suivante : <https://conso.bloctel.fr>

## INSTRUCTIONS POUR LA REDACTION DE LA CLAUSE DE DESIGNATION DE BENEFICIAIRE(S) PAR L'ASSURE(E)

**Nous vous proposons ci-dessous quelques conseils vous permettant de rédiger une clause précise.**

### Informations

La désignation de bénéficiaire(s) peut être effectuée notamment par acte sous signature privée ou par acte authentique. Elle reste valable tant qu'elle n'a pas été annulée ou modifiée. La clause bénéficiaire doit être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.

Sous réserve des droits propres du bénéficiaire acceptant, l'Adhérent peut modifier, à sa convenance et à tout moment, le ou les bénéficiaires désignés.

L'acceptation du bénéficiaire peut prendre la forme d'un avenant signé de l'Adhérent, du bénéficiaire et de l'Assureur. L'acceptation peut également prendre la forme d'un acte authentique ou sous signature privée signé de l'Adhérent et du bénéficiaire et n'aura alors d'effet à l'égard de l'Assureur que lorsqu'elle lui aura été notifiée par écrit.

Conformément aux dispositions de l'article L.132-9 du Code des assurances, cette acceptation rend la désignation du bénéficiaire irrévocable. Ainsi, la modification de la clause bénéficiaire ne sera possible qu'avec l'accord préalable et écrit du bénéficiaire.

### Recommandations pour la rédaction de la Désignation particulière de Bénéficiaire(s)

Nous vous proposons ci-dessous quelques conseils vous permettant de rédiger une clause précise.

<b>Je souhaite désigner mon Conjoint, mon Partenaire lié par un PACS ou mon Concubin</b>	Il n'est pas nécessaire de rédiger une désignation particulière sauf en cas de désignation particulière en sous ordre. La formule générale ci-contre s'appliquera sauf dans l'hypothèse où vous souhaitez désigner d'autres bénéficiaires en sous ordre.
<b>Je souhaite désigner mon ou mes enfants</b>	Il est préférable de ne pas mentionner leur nom mais d'indiquer « mes enfants nés ou à naître par parts égales entre eux, vivants ou représentés ». Dans le cas contraire, cela exclurait les enfants à naître.
<b>Je souhaite désigner nominativement une ou plusieurs personnes</b>	Préciser <u>obligatoirement</u> les noms, prénoms, dates de naissance et adresses de ce ou ces bénéficiaires : « <i>Je désigne Simone Durand, née le 23/01/1957 et habitant au 26 rue de Paule à Montlhéry</i> »

### Principe à retenir pour toute désignation au profit de plusieurs bénéficiaires :

- Si la première personne désignée est prioritaire : faire suivre sa désignation de la mention « *où à défaut* » complétée d'un ou plusieurs bénéficiaires et ainsi de suite pour les autres bénéficiaires prévus.
- Si tous les bénéficiaires désignés le sont par parts égales : faire suivre l'énumération des bénéficiaires de la mention « *par parts égales et, en cas de décès de l'un d'eux, la totalité aux survivants par parts égales* » pour permettre le report de la part du bénéficiaire qui décéderait lui-même avant l'assuré aux autres bénéficiaires.
- Si tous les bénéficiaires désignés le sont de manière inégale : exprimer la part attribuée en % du capital total et désigner un autre bénéficiaire en cas de décès de celui désigné en premier lieu en utilisant la mention « *ou à défaut* ».

### IMPORTANT :

Le document **doit être daté et signé** par l'Adhérent(e), écrit avec la même encre et sans rature. En cas de répartition en pourcentage (%) du capital entre plusieurs bénéficiaires, le total de cette répartition doit représenter cent pourcent (100 %).