

STRUCTURE ADHÉRENTE : EURODIF RETRAITES

Dossier à retourner dûment complété et signé à :
La Mutuelle Familiale - Service Développement - 52, rue d'Hauteville, 75487 Paris cedex 10 France

Date d'affiliation : _____

Garantie choisie : Option 1 Option 2

L'affilié(e) Remplir en MAJUSCULES

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F

Né(e) le : ___/___/____ Numéro de Sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____

E-Mail : _____

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Concubin(e) Pacsé(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Ayants droit*(Fournir les justificatifs)

Conjoint	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			_____	_____ clé _____

Régime obligatoire d'Assurance Maladie : Général Local Autre

Enfant**	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			_____	_____ clé _____
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			_____	_____ clé _____
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			_____	_____ clé _____
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			_____	_____ clé _____

* Sont considérés comme ayants droit, le conjoint ou partenaire d'un pacte civil de solidarité ou concubin, les enfants à charge relevant des situations définies dans la Notice d'Information du contrat collectif.

Pièces à joindre

- Photocopie de votre attestation Vitale actualisée et celles de vos ayants droit immatriculés à un Régime de base
- Justificatif de situation pour vos ayants droit, le cas échéant
- Relevé d'Identité Bancaire (mentionnant les coordonnées européennes BIC et IBAN) pour effectuer le règlement des prestations par virement et pour vos cotisations
- Justificatif d'identité avec photo en cours de validité (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.

Je certifie que toutes les informations renseignées sont exactes. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de La Mutuelle Familiale. La notice d'information du présent contrat me sera transmise par ma structure adhérente.

Fait à : _____ le : ___ / ___ / _____

Signature de l'affilié(e)
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Toute personne physique ayant adhéree à distance ou par voie de démarchage, à un contrat collectif facultatif 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 accusé de réception pendant un délai de quatorze (14) 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. En cas de vente à distance, les garanties ne peuvent recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de quatorze (14) jours susmentionné, sauf consentement exprès de votre part.

Je sollicite l'exécution anticipée des garanties à la date portée au présent bulletin ou dès sa réception si cette date est postérieure.

Je reconnais être informé que le droit de renonciation ne peut plus être exercé en cas d'exécution anticipée des garanties concernant la vente à distance et en cas de mise en œuvre de la garantie, concernant le démarchage. La renonciation doit être faite par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante : La Mutuelle Familiale - 52 rue d'Hauteville - 75010 PARIS selon le modèle ci-après : « Je soussigné(e) [nom, prénom, adresse, n° adhérent], déclare renoncer à mon adhésion au contrat [référence de la garantie, souscrit le [date] et [lieu]. Date et signature ».

La renonciation entraîne le versement, pour l'adhérent, de la cotisation mensuelle, proratisée en jours calendaire, pour la période pendant laquelle le risque a couru.

J'autorise La Mutuelle Familiale et ses partenaires à me proposer des offres de services en assurance et prévention Vous avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment en écrivant à notre Délégué à la protection des données dont les coordonnées figurent à la fiche - Règlement Général sur la Protection des données.

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'appliquent aux réponses faites au présent formulaire.

Finalités du traitement

La collecte 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. 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.

Avec votre accord, vos données pourront également être utilisées pour vous proposer des offres commerciales de La Mutuelle Familiale et de ses partenaires. A cet égard, vous avez la possibilité de revenir sur cette utilisation 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, par la Mutuelle, de ses obligations légales et réglementaires notamment en matière de fraude et de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Données et catégories de personnes concernées

Les données collectées auprès des adhérents de la Mutuelle et de leurs ayants-droits concernent principalement des informations relatives à leur état civil, leur numéro de sécurité sociale (N°SS), leur relevé d'identité Bancaire (RIB) ou tout autre document nécessaire à la gestion et l'exécution du contrat, notamment :

- Les données relatives à l'identification des parties et leur contact (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 nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des prestations liées au contrat (autorisation de prélèvement, décomptes de l'Assurance maladie, etc...).

Destinataires

Les données collectées sont destinées à la Mutuelle Familiale en tant que responsable de traitement. Elles peuvent également être communiquées aux partenaires de la Mutuelle prenant part à l'exécution des garanties ou avec lesquels elle partage une relation commerciale ainsi qu'aux autorités compétentes.

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 personnelles vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou leur limitation. Vous disposez également d'un droit d'opposition au traitement de vos données et d'un droit à leur portabilité.

Pour exercer ces droits ou pour toute question relative au traitement de vos données, vous pouvez solliciter notre délégué à la protection des données (DPO) et lui communiquer vos nom, prénom, n° adhérent ainsi qu'une copie de votre pièce d'identité.

Contactez notre DPO par voie électronique : donneespersonnelles@mutuelle-familiale.fr

Contactez notre DPO par courrier postal : Mutuelle Familiale - Délégué à la Protection des données 52 Rue d'Hauteville 75010 Paris

Dans le cas où vous ne seriez pas satisfait de nos échanges, 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.

Pour davantage d'informations sur les données à caractère personnel, nous vous invitons à consulter notre politique de confidentialité disponible sur notre site internet.

COMMUNICATION RELATIVE AUX RATIOS PRESTATIONS SUR COTISATIONS ET FRAIS DE GESTION

Le ratio ¹ des prestations versées sur les cotisations perçues est de 75,11% au titre de l'année 2019.

Les frais de gestion ² représentent 23,30% au titre de l'année 2019.

¹ Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

² Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.