

BULLETIN D'ADHÉSION

CONTRAT COLLECTIF DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE

EMPLOYEUR / COLLECTIVITÉ :

Numéro de contrat :

Nouvelle adhésion Modification d'adhésion

Date de prise d'effet souhaitée :
Ne peut être antérieure au 1er jour du mois suivant la réception du dossier complet

MES DONNÉES PERSONNELLES

M Mme

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Né(e) le : Tel. fixe : Tel. mobile :

Adresse (n°, voie, bâtiment,...) :

Code postal : Commune :

Email :

MA SITUATION PROFESSIONNELLE

« Je déclare être en activité de service et ne pas être en arrêt de travail ou à temps partiel thérapeutique, ni en disponibilité d'office pour raison de santé, ni suspendu de mes fonctions ». Oui Non

Matricule :

Je suis un agent Titulaire ou Stagiaire Contractuel Apprenti ou Alternant

MES GARANTIES DE PRÉVOYANCE

Garanties Socle

Je suis obligatoirement couvert pour les garanties suivantes :

- Incapacité de travail 90% TI + NBI + CTI et 40% RI
(dès le demi-traitement en CMO ; dès le plein-traitement en CLM/CLD/CGM)
- Invalidité permanente 90% TI + NBI + CTI et 40% RI

Garanties Optionnelles

Je peux compléter ma couverture en retenant les garanties suivantes ; après avoir choisi un taux de couverture unique :

Taux de couverture souhaité 90% - Classique 95% - Renfort 100% - Sérénité

Complément Incapacité de travail sur TI + NBI + CTI + RI (avec RI au 1er jour en CMO/CLM/CLD/CGM/TPT) et Invalidité

Perte de retraite suite à une invalidité permanente

en rente viagère, complémentaire à la pension de retraite servie par le régime vieillesse de l'assuré

ou

en capital, indexé sur ma rémunération annuelle nette avant mise en invalidité

Capital Décès toutes causes et PTIA 100% de la rémunération annuelle nette
(Perte Totale et Irreversible d'Autonomie)

MON ADHÉSION

« Je soussigné(e), demande l'adhésion au contrat collectif à adhésion facultative mis en place par mon employeur et souscrit auprès de la Mutuelle du REMPART».

« Je dispose d'un délai de renonciation de 30 jours à compter de la date de signature de la présente demande d'adhésion ».

Je demande à ce que mon adhésion prenne effet au 1^{er} jour du mois suivant la signature de la présente demande d'adhésion même si le délai de rétractation de 30 jours n'est pas expiré.

Pour renoncer à mon adhésion, je peux utiliser le modèle ci-dessous et dois l'envoyer par lettre recommandée avec avis de réception à Mutuelle du REMPART :

« Je soussigné(e) (Nom, Prénom), demeurant (adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative mis en place par mon employeur et souscrit auprès de la Mutuelle du REMPART pour la (ou les) garantie(s) à laquelle (auxquelles) j'ai adhéré le (préciser la date) et demande le remboursement de l'intégralité des sommes que j'ai versées au titre de ma cotisation, sous déduction des prestations éventuellement versées par la mutuelle ».

Je reconnais avoir reçu et avoir pris connaissance de la notice d'information liée au contrat collectif à adhésion facultative mis en place par le CDG 66 et souscrit auprès de la Mutuelle du REMPART. Je m'engage à me conformer aux dispositions statutaires et législatives.

Je suis 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...).

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, courriel 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.

Je déclare être informé(e) par la Mutuelle du REMPART que les informations recueillies dans le cadre de mon adhésion au contrat collectif facultatif 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 contrat. la Mutuelle du REMPART prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles.

Conformément à la Loi informatique et libertés modifiée du 6 janvier 1978 et au Règlement européen du 27 avril 2016 (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données vous concernant, ainsi que du droit de demander la limitation du traitement dans les conditions visées par le Règlement précité. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant, ainsi qu'exercer un droit de retrait du consentement, à tout moment. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au D.P.O. désigné par la Mutuelle du REMPART: Cabinet LEXAGONE - 9 Rue Léon Salembien - 59200 TOURCOING ou dpo@rempartmutuelle.fr.

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 gratuite au démarchage téléphonique par connexion au site internet BLOCTEL à l'adresse suivante : www.bloctel.gouv.fr.

DUREE DE LA GARANTIE : 1 an à compter de la date d'effet du contrat, renouvelable par tacite reconduction.

Je suis informé(e) du fait que le présent engagement contractuel est valable pour une année pleine.

PAIEMENT DE LA COTISATION

Conformément à la convention de participation, je suis informé(e) du fait que le montant de la cotisation est directement précompté de mon traitement par la Collectivité qui se charge du reversement auprès de la Mutuelle REMPART.

1. Je complète et je signe mon bulletin d'adhésion,

2. Je joins obligatoirement

- mon RIB
- la copie R°/V° d'une pièce d'identité en cours de validité
- la copie de mon dernier bulletin de salaire
- le « formulaire de recueil des besoins » signé

Je déclare sincère et véritable l'ensemble des renseignements indiqués,

A :

Le :

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT,
précédée de la mention « lu et approuvé »