



A compléter et à envoyer à RELYENS santé Prévoyance - Service Contrats Adhésions - CS 80006 - 18020 BOURGES Cedex
OU À remettre lors des réunions d'informations/permanences

Merci d'écrire en MAJUSCULES

INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE COLLECTIVITÉ

INFORMATIONS VOUS CONCERNANT Mme M.

Situation de famille Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubinage Divorcé(e) Veuf(ve) Nombre d'enfant à charge

Catégorie hiérarchique C B A CNRACL IRCANTEC Agent de droit privé Assistant familial

* La date d'effet de l'adhésion retenue, à condition que vous soyez en service, sera :

- la date d'effet du contrat collectif dans le cas d'une demande d'adhésion antérieure à la date d'effet du contrat collectif,
- dans le cas d'une demande d'adhésion postérieure à la date d'effet du contrat :
 - Le premier jour du mois suivant la réception par l'Assureur du bulletin d'adhésion

FORMALITÉS D'ADHÉSION

Les modalités d'adhésion suivantes s'appliquent, par dérogation à l'article II.1 de la notice d'information. Votre inscription au contrat est subordonnée à la fourniture d'un bulletin d'adhésion et à la condition que vous soyez en activité à la date de l'adhésion. Celle-ci intervient sans autre formalité, lorsque la date d'effet de l'adhésion intervient dans un délai de 12 mois suivant :

- la date d'effet du contrat collectif signé par votre collectivité pour les agents en activité à cette date ;
 - la date de votre embauche, pour les nouveaux agents ;
 - la date de retour en activité pour les agents en congé parental ou en disponibilité ;
 - l'échéance annuelle à laquelle votre contrat collectif a pu être résilié par votre collectivité, pour les agents déjà présents à l'effectif et garantis par ce type de dispositif.

Les agents qui formuleraient leur demande d'adhésion passé ce délai de 12 mois au dispositif, verront leur adhésion soumise à un délai de stage de six mois.

Il en va de même pour les agents en disponibilité et les agents à temps partiel thérapeutique qui adhèrent plus de 12 mois après leur reprise d'activité à temps complet.



2499029
Page 1/3

CAS PARTICULIERS

- Lorsque vous êtes en arrêt de travail pour maladie ou accident, en 1re catégorie d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale ou en mi-temps thérapeutique et que vous n'êtes pas couvert par un contrat de prévoyance comportant des garanties de nature et d'un montant équivalents à la date de la demande d'adhésion, votre inscription ne prendra en tout état de cause effet qu'à l'issue d'une période de 30 jours ininterrompus de reprise de travail à temps complet.
 - Si, au cours de ce délai, vous bénéficiez d'un nouvel arrêt de travail pour accident ou maladie ou d'un nouveau temps partiel thérapeutique, la prise d'effet de votre adhésion est à nouveau soumise à la condition d'une reprise de travail à temps complet de 30 jours ininterrompus à compter du début de cette nouvelle reprise et dès lors que l'assureur aura été informé de votre date de reprise.
 - Si vous êtes en temps partiel thérapeutique à la date d'effet du présent contrat, les conséquences de la maladie en cours ne seront pas prises en charge, ceci même si vous retombez en arrêt complet. Conformément à la réglementation, l'assureur pourra apporter la preuve que la maladie était antérieure à la souscription du contrat ou à votre adhésion, dans le respect des dispositions des articles 226-13 et 226-14 du code pénal relatives au secret professionnel.
 - Cependant, si vous retombez en arrêt complet du fait d'une nouvelle pathologie, les conséquences de cette nouvelle pathologie seront prises en charge, dans la continuité de la prise en charge de la collectivité au titre du risque statutaire.

INFORMATION SUR LA FACULTÉ DE RENONCIATION

Vous pouvez renoncer à votre adhésion au présent contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, datée et signée, envoyée à l'adresse suivante : RELYENS santé Prévoyance – Service Contrats Adhésions CS 80006 – 18020 BOURGES Cedex.

VOTRE CHOIX DE GARANTIES

Si la formule de base a été souscrite et que vous choisissez ultérieurement la garantie optionnelle, un délai de stage de six mois s'appliquera pour bénéficier de cette garantie.

Garanties	Taux de cotisation TTC
FORMULE DE BASE (obligatoire)	
GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL	
Taux de prise en charge de 95% du traitement net (TIN+NBN)	
et 45% du RI net en complément ou à défaut du RI net versé par l'employeur	1,933%
GARANTIE INVALIDITÉ	du traitement brut (TIB+NBI+RI)
Taux de prise en charge de 95% du traitement net (TIN+NBN+RIN)	
GARANTIE DÉCÈS / PTIA	
Capital en cas de décès / PTIA « toutes causes » : capital égal à 100 % de votre traitement annuel brut (TIB+NBI+RI) .	
OPTION : cocher la garantie choisie.	
<input type="checkbox"/> OPTION : GARANTIE PERTE DE RETRAITE	0,08%
Versement d'un capital équivalent à 3 PMSS	du traitement brut (TIB+NBI+RI)

TIB : traitement indiciaire brut, NBI : nouvelle bonification indiciaire, RI : Régime Indemnitaire

TIN : traitement indiciaire net, NBN : nouvelle bonification indiciaire net

COTISATIONS - Paiement direct par l'agent

Traitements brut mensuel (*obligatoire*)

La cotisation est payable mensuellement par prélèvement automatique (ne pas joindre de chèque à la souscription)

La cotisation est payable mensuellement par prélèvement automatique (ne pas joindre de chèque à la soumission). Pour la mise en place des prélèvements automatiques, nous vous remercions de bien vouloir nous joindre :

- Sur la mise en place des prélevements automatiques, nous vous demandons de bien:
 - **Le mandat de prélèvement SEPA complété et signé**
 - **Un relevé d'identité bancaire**
 - **Votre dernier bulletin de salaire****Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte**



2499029

Page 2/3

Vos données à caractère personnel, et le cas échéant celles de vos éventuels bénéficiaires, recueillies à partir de ce formulaire, font l'objet de traitements mis en œuvre par Mutex ainsi que par Harmonie mutuelle, l'organisme distributeur.

Mutex, l'organisme assureur, est responsable des traitements concernant la gestion du contrat. L'organisme distributeur est responsable des traitements concernant la distribution du contrat. En cas de délégation de gestion, l'organisme gestionnaire est sous-traitant de l'organisme assureur délégant. Dans tous les cas, chaque organisme revêt seul la qualité de responsable du traitement au titre des traitements qu'il met en œuvre pour son propre compte.

Ces organismes mettent en œuvre des traitements de données à caractère personnel licites au regard de leurs finalités.

Traitements nécessaires à l'exécution du contrat : étude des besoins – passation, gestion et exécution du contrat – contrôle et surveillance du risque – gestion de la relation commerciale – gestion des réclamations, des contentieux et du recouvrement – l'exercice des recours.

Traitements nécessaires au respect d'une obligation légale à laquelle ces organismes sont soumis : l'identification et la connaissance client afin de proposer des offres adaptées aux besoins des assurés et l'exercice du devoir de conseil – la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme – le prélèvement à la source – la détection et l'identification des contrats en déshérence – la recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés – le respect des sanctions économiques et financières internationales notamment le gel des avoirs – la lutte contre la corruption – la réalisation de déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques – répondre aux demandes de tiers autorisés notamment en cas de réquisitions judiciaires légalement formées ou de demande de communication.

Traitements nécessaires aux fins des intérêts légitimes poursuivis par les organismes : élaboration des statistiques et études actuarielles – recherches et développement – améliorer des produits, de la qualité des services et de la connaissance client – lutte contre la fraude pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des organismes assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) – opérations de communication et de fidélisation – prospection d'un professionnel – gestion du clientèle intra-groupe.

Concernant les données relatives à votre état de santé, le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice de vos droits ou à ceux de Mutex en matière de droit à la protection sociale. Parmi ces données celles qui sont couvertes par le secret médical sont exclusivement destinées au Service Médical de Mutex, sous l'autorité du Médecin conseil de Mutex.

Toutes les données collectées sont obligatoires sauf celles identifiées comme facultatives. A défaut de fourniture des données obligatoires, ces organismes seront dans l'impossibilité de traiter vos demandes. Dans ce cadre, ces organismes sont tenus de s'assurer que vos données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour. En outre, en vertu d'une obligation légale, ces organismes pourront solliciter des informations et / ou des pièces justificatives complémentaires.

Vos données personnelles sont destinées aux services concernés de ces organismes, ainsi que le cas échéant à leurs sous-traitants, prestataires, partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs et coassureurs, organismes administratifs/professionnels habilités, dans la limite de leurs attributions respectives.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation client varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales des organismes précités et des prescriptions légales applicables.

En application de la législation en vigueur, vous, et vos éventuels bénéficiaires, disposez du droit de demander l'accès à vos données à caractère personnel, de les rectifier ou de les effacer, ainsi que de décider de leur sort post-mortem. Vous disposez également du droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à vos situations particulières, de limiter le traitement dont vous faites l'objet, et du droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Vous pouvez à tout moment retirer votre consentement si le traitement est soumis à consentement. Concernant le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme il s'exerce auprès de la CNIL.

Pour exercer ces droits, il convient d'écrire à dpo@mutex.fr ou à Délégué à la Protection des Données de Mutex, 140 avenue de la République, TSA 74058, 92321 Châtillon cedex. Pour toute question ou exercice de droit concernant le traitement des données personnelles relatives à votre état de santé, vous devez vous adresser par courrier au Médecin conseil de Mutex, 140 avenue de la République, TSA 74058, 92321 Châtillon cedex.

Mutex étant soumis à une obligation d'identification de la personne concernée dans le cadre de l'exercice des droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée à cette dernière. Si vous estimez, après avoir contacté l'interlocuteur précité, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL sur www.cnil.fr ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Par ailleurs, vous pouvez également à tout moment vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

Pour en savoir plus, consultez la clause « Protection des données à caractère personnel » de la notice d'information de votre contrat. Une notice de Protection des données à caractère personnel apportant des informations complémentaires est consultable sur le site www.mutex.fr

Je m'oppose à recevoir vos offres commerciales.

DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT/ASSURÉ

- Je certifie sincères et véritables les indications portées et jointes à cette demande d'adhésion et reconnaît avoir déclaré tous les éléments en ma connaissance permettant d'apprécier l'étendue du risque.
- Je reconnaissais avoir été informé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part entraînera la nullité de mon adhésion.
- Je certifie avoir reçu par mon employeur ou lors des réunions d'information le kit d'adhésion et pris connaissance de la Notice d'information.

CERTIFIÉ SINCÈRE ET VÉRITABLE

Fait à  Le 

Signature de l'agent

Signature précédée de la mention manuscrite
« *lu et approuvé* »

Harmonie Mutuelle

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro Siren 538 518 473. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris

MUTEX

Société anonyme au capital de 37 302 300 euros
Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Nanterre 529 219 040
Siège social : 140, avenue de la République – 92320 Châtillon

