



BULLETIN D'ADHÉSION MUTUALIA SANTÉ - CFR



RÉSERVÉ À
MUTUALIA

ADHÉSION / CHANGEMENT DE SITUATION / VENTE HORS ÉTABLISSEMENT / VENTE À DISTANCE

Date d'effet du contrat : / Dossier suivi par :

Observations : Association CFR :

CHEF DE GROUPE

MME M. NOM : NOM JEUNE FILLE : PRÉNOM :

SITUATION FAMILIALE : CÉLIBATAIRE / MARIÉ(E) / PACSÉ(E) / VIE MARITALE / VEUF(VE)

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

EMAIL : TÉLÉPHONE : PORTABLE :

BÉNÉFICIAIRE DU CONTRAT : OUI / NON

BÉNÉFICIAIRE ET GARANTIE SOUSCRITE

	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° D'ASSURÉ(E) SOCIAL(E) (Pour les enfants, précisez le numéro Sécurité sociale de rattachement)	RÉGIME D'AFFILIATION SÉCURITÉ SOCIALE, MSA, SI AUTRE PRÉCISEZ
Vous	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MME		___/___/_____	_____	
CONJOINT(E) / ASSIMILÉ(E)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MME		___/___/_____	_____	

	CFR 1		CFR 2		CFR 3	
	RÉGIME AGRICOLE	RÉGIME NON AGRICOLE	RÉGIME AGRICOLE	RÉGIME NON AGRICOLE	RÉGIME AGRICOLE	RÉGIME NON AGRICOLE
Hors Alsace-Moselle	<input type="checkbox"/> 67,89 €	<input type="checkbox"/> 72,32 €	<input type="checkbox"/> 79,09 €	<input type="checkbox"/> 84,26 €	<input type="checkbox"/> 84,75 €	<input type="checkbox"/> 90,29 €
Alsace-Moselle	<input type="checkbox"/> 31,13 €	<input type="checkbox"/> 33,17 €	<input type="checkbox"/> 36,95 €	<input type="checkbox"/> 39,37 €	<input type="checkbox"/> 40,40 €	<input type="checkbox"/> 43,04 €
Montant TTC* /an MUTUALIA SANTE CFR :						

Les garanties du contrat sont responsables. * Incluent la taxe TSA de 13,27%, 6,27% pour les adhérents relevant de la MSA. Tarif TTC au 01/01/2020., susceptible d'évolution

Déclaration de l'adhérent

Je déclare adhérer au contrat Mutualia Santé CFR et être adhérent à une association affiliée à la CFR.

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts, Règlement(s) Mutualiste(s) et document(s) d'information(s) normalisé(s) sur le produit d'assurance remis par la Mutuelle.

Je m'engage à acquitter les cotisations :

Par prélèvement : mensuel / trimestriel / annuel

Par chèque : annuellement

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies

J'accepte les échanges d'informations par télétransmission

PIÈCES À FOURNIR

- 1 photocopie de l'attestation de droits du régime de base pour vous et les personnes rattachées datant de moins de 6 mois
- 1 photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport du souscripteur
- 1 RIB pour les prélèvements accompagné du mandat de prélèvement SEPA complété et signé
- 1 RIB pour les prestations (si différent des cotisations)

SIGNATURE ADHÉRENT(E)

Fait à :

Le : ___/___/_____

PRÉCÉDÉE DE LA MENTION «LU ET APPROUVÉ »

Protection des données personnelles

Les informations recueillies relatives aux données personnelles font l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la passation, la gestion, au suivi et à l'exécution du contrat. Les données personnelles peuvent également être utilisées pour des actions de fidélisation et pour améliorer la qualité de service par le biais d'enquêtes de satisfaction. Les destinataires des données sont la Mutuelle en sa qualité de Responsable de traitement des données, son gestionnaire, ses partenaires (courtiers, réassureurs) et ses sous-traitants, ainsi que le cas échéant, les organismes de Sécurité sociale et professionnels de santé. Vous êtes également susceptibles de recevoir des offres commerciales de la part de la Mutuelle, sauf opposition de votre part, pour des produits et des services analogues. En aucun cas, les données personnelles ne seront transmises à des organismes tiers en vue de démarches commerciales. En outre, les informations recueillies pourront être également utilisées dans le cadre des opérations de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, ainsi que la lutte contre la fraude, conformément à nos obligations légales. Ces informations sont conservées pendant le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de conservation et de prescription légaux. Les données personnelles des prospects qui n'ont pas conclu de contrat, sont conservées pendant trois ans maximum. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données (UE) européen 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD), vous bénéficiez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'information sur les données collectées, d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement ou de limitation du traitement ainsi que d'un droit de retrait du consentement et, pour motifs légitimes, d'opposition aux informations qui vous concernent, droit qui peut être exercé par courriel : delegue-protection-donnees@mutualia.fr ou par voie postale : Mutualia - Protection des données personnelles - 19 rue de Paris - 93013 BOBIGNY. Une réponse vous sera apportée dans un délai d'un mois suivant la réception de votre demande. Vous disposez également d'un droit à réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <https://www.cnil.fr/fr/plaintes>. Vous avez également la possibilité d'effectuer un recours juridictionnel.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations précitées et je consens à la collecte et au traitement des données personnelles tels que défini dans le cadre de ce bulletin Si vous souhaitez recevoir les offres commerciales de nos partenaires, pour des produits et services analogues, merci de cocher cette case // Si vous ne souhaitez pas recevoir des offres commerciales de MUTUALIA, merci de cocher cette case

Mutualia Alliance Santé, Mutuelle du livre II - Code de la Mutualité, SIREN n° 403 596 265.

Mutualia Grand Ouest, Mutuelle du livre II - Code de la Mutualité, SIREN n° 401 285 309.

Mutualia Territoires Solidaires, Mutuelle du livre II - Code de la Mutualité, SIREN n° 449 571 256. 1910-BIA-MUT-CFR



BULLETIN D'ADHÉSION MUTUALIA SANTÉ - CFR



Entre nous, c'est humain

RÉSERVÉ À
MUTUALIA

ADHÉSION / CHANGEMENT DE SITUATION / VENTE HORS ÉTABLISSEMENT / VENTE À DISTANCE

Date d'effet du contrat : / Dossier suivi par :

Observations : Association CFR :

CHEF DE GROUPE

MME M. NOM : NOM JEUNE FILLE : PRÉNOM :

SITUATION FAMILIALE : CÉLIBATAIRE / MARIÉ(E) / PACSÉ(E) / VIE MARITALE / VEUF(VE)

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

EMAIL : TÉLÉPHONE : PORTABLE :

BÉNÉFICIAIRE DU CONTRAT : OUI / NON

BÉNÉFICIAIRE ET GARANTIE SOUSCRITE

	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° D'ASSURÉ(E) SOCIAL(E) (Pour les enfants, précisez le numéro Sécurité sociale de rattachement)	RÉGIME D'AFFILIATION SÉCURITÉ SOCIALE, MSA, SI AUTRE PRÉCISEZ
Vous	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MME		___/___/_____	_____	
CONJOIT(E) / ASSIMILÉ(E)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MME		___/___/_____	_____	

	CFR 1		CFR 2		CFR 3	
	RÉGIME AGRICOLE	RÉGIME NON AGRICOLE	RÉGIME AGRICOLE	RÉGIME NON AGRICOLE	RÉGIME AGRICOLE	RÉGIME NON AGRICOLE
Hors Alsace-Moselle	<input type="checkbox"/> 67,89 €	<input type="checkbox"/> 72,32 €	<input type="checkbox"/> 79,09 €	<input type="checkbox"/> 84,26 €	<input type="checkbox"/> 84,75 €	<input type="checkbox"/> 90,29 €
Alsace-Moselle	<input type="checkbox"/> 31,13 €	<input type="checkbox"/> 33,17 €	<input type="checkbox"/> 36,95 €	<input type="checkbox"/> 39,37 €	<input type="checkbox"/> 40,40 €	<input type="checkbox"/> 43,04 €

Montant TTC* /an MUTUALIA SANTE CFR :

Les garanties du contrat sont responsables. * Incluent la taxe TSA de 13,27%, 6,27% pour les adhérents relevant de la MSA. Tarif TTC au 01/01/2020., susceptible d'évolution

Déclaration de l'adhérent

Je déclare adhérer au contrat Mutualia Santé CFR et être adhérent à une association affiliée à la CFR.

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts, Règlement(s) Mutualiste(s) et document(s) d'information(s) normalisé(s) sur le produit d'assurance remis par la Mutuelle.

Je m'engage à acquitter les cotisations :

Par prélèvement : mensuel / trimestriel / annuel

Par chèque : annuellement

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies

J'accepte les échanges d'informations par télétransmission

PIÈCES À FOURNIR

- 1 photocopie de l'attestation de droits du régime de base pour vous et les personnes rattachées datant de moins de 6 mois
- 1 photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport du souscripteur
- 1 RIB pour les prélèvements accompagné du mandat de prélèvement SEPA complété et signé
- 1 RIB pour les prestations (si différent des cotisations)

SIGNATURE ADHÉRENT(E)

Fait à :

Le : ___/___/_____

PRÉCÉDÉE DE LA MENTION «LU ET APPROUVÉ »

Protection des données personnelles

Les informations recueillies relatives aux données personnelles font l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la passation, la gestion, au suivi et à l'exécution du contrat. Les données personnelles peuvent également être utilisées pour des actions de fidélisation et pour améliorer la qualité de service par le biais d'enquêtes de satisfaction. Les destinataires des données sont la Mutuelle en sa qualité de Responsable de traitement des données, son gestionnaire, ses partenaires (courtiers, réassureurs) et ses sous-traitants, ainsi que le cas échéant, les organismes de Sécurité sociale et professionnels de santé. Vous êtes également susceptibles de recevoir des offres commerciales de la part de la Mutuelle, sauf opposition de votre part, pour des produits et des services analogues. En aucun cas, les données personnelles ne seront transmises à des organismes tiers en vue de démarches commerciales. En outre, les informations recueillies pourront être également utilisées dans le cadre des opérations de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, ainsi que la lutte contre la fraude, conformément à nos obligations légales. Ces informations sont conservées pendant le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de conservation et de prescription légaux. Les données personnelles des prospects qui n'ont pas conclu de contrat, sont conservées pendant trois ans maximum. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données (UE) européen 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD), vous bénéficiez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'information sur les données collectées, d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement ou de limitation du traitement ainsi que d'un droit de retrait du consentement et, pour motifs légitimes, d'opposition aux informations qui vous concernent, droit qui peut être exercé par courriel : delegue-protection-donnees@mutualia.fr ou par voie postale : Mutualia - Protection des données personnelles - 19 rue de Paris - 93013 BOBIGNY. Une réponse vous sera apportée dans un délai d'un mois suivant la réception de votre demande. Vous disposez également d'un droit à réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <https://www.cnil.fr/fr/plaintes>. Vous avez également la possibilité d'effectuer un recours juridictionnel.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations précitées et je consens à la collecte et au traitement des données personnelles tels que défini dans le cadre de ce bulletin Si vous souhaitez recevoir les offres commerciales de nos partenaires, pour des produits et services analogues, merci de cocher cette case // Si vous ne souhaitez pas recevoir des offres commerciales de MUTUALIA, merci de cocher cette case

Mutualia Alliance Santé, Mutuelle du livre II - Code de la Mutualité, SIREN n° 403 596 265.

Mutualia Grand Ouest, Mutuelle du livre II - Code de la Mutualité, SIREN n° 401 285 309.

Mutualia Territoires Solidaires, Mutuelle du livre II - Code de la Mutualité, SIREN n° 449 571 256. 1910-BIA-MUT-CFR



BULLETIN D'ADHÉSION MUTUALIA SANTÉ - CFR



Entre nous, c'est humain

RÉSERVÉ À
MUTUALIA

ADHÉSION / CHANGEMENT DE SITUATION / VENTE HORS ÉTABLISSEMENT / VENTE À DISTANCE

Date d'effet du contrat : / Dossier suivi par :

Observations : Association CFR :

CHEF DE GROUPE

MME M. NOM : NOM JEUNE FILLE : PRÉNOM :

SITUATION FAMILIALE : CÉLIBATAIRE / MARIÉ(E) / PACSÉ(E) / VIE MARITALE / VEUF(VE)

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

EMAIL : TÉLÉPHONE : PORTABLE :

BÉNÉFICIAIRE DU CONTRAT : OUI / NON

BÉNÉFICIAIRE ET GARANTIE SOUSCRITE

	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° D'ASSURÉ(E) SOCIAL(E) (Pour les enfants, précisez le numéro Sécurité sociale de rattachement)	RÉGIME D'AFFILIATION SÉCURITÉ SOCIALE, MSA, SI AUTRE PRÉCISEZ
Vous	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MME		___/___/_____	_____	
CONJOIT(E) / ASSIMILÉ(E)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MME		___/___/_____	_____	

	CFR 1		CFR 2		CFR 3	
	RÉGIME AGRICOLE	RÉGIME NON AGRICOLE	RÉGIME AGRICOLE	RÉGIME NON AGRICOLE	RÉGIME AGRICOLE	RÉGIME NON AGRICOLE
Hors Alsace-Moselle	<input type="checkbox"/> 67,89 €	<input type="checkbox"/> 72,32 €	<input type="checkbox"/> 79,09 €	<input type="checkbox"/> 84,26 €	<input type="checkbox"/> 84,75 €	<input type="checkbox"/> 90,29 €
Alsace-Moselle	<input type="checkbox"/> 31,13 €	<input type="checkbox"/> 33,17 €	<input type="checkbox"/> 36,95 €	<input type="checkbox"/> 39,37 €	<input type="checkbox"/> 40,40 €	<input type="checkbox"/> 43,04 €

Montant TTC* /an MUTUALIA SANTE CFR :

Les garanties du contrat sont responsables. * Incluent la taxe TSA de 13,27%, 6,27% pour les adhérents relevant de la MSA. Tarif TTC au 01/01/2020., susceptible d'évolution

Déclaration de l'adhérent

Je déclare adhérer au contrat Mutualia Santé CFR et être adhérent à une association affiliée à la CFR.

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts, Règlement(s) Mutualiste(s) et document(s) d'information(s) normalisé(s) sur le produit d'assurance remis par la Mutuelle.

Je m'engage à acquitter les cotisations :

Par prélèvement : mensuel / trimestriel / annuel

Par chèque : annuellement

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies

J'accepte les échanges d'informations par télétransmission

PIÈCES À FOURNIR

- 1 photocopie de l'attestation de droits du régime de base pour vous et les personnes rattachées datant de moins de 6 mois
- 1 photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport du souscripteur
- 1 RIB pour les prélèvements accompagné du mandat de prélèvement SEPA complété et signé
- 1 RIB pour les prestations (si différent des cotisations)

SIGNATURE ADHÉRENT(E)

Fait à :

Le : ___/___/_____

PRÉCÉDÉE DE LA MENTION «LU ET APPROUVÉ »

Protection des données personnelles

Les informations recueillies relatives aux données personnelles font l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la passation, la gestion, au suivi et à l'exécution du contrat. Les données personnelles peuvent également être utilisées pour des actions de fidélisation et pour améliorer la qualité de service par le biais d'enquêtes de satisfaction. Les destinataires des données sont la Mutuelle en sa qualité de Responsable de traitement des données, son gestionnaire, ses partenaires (courtiers, réassureurs) et ses sous-traitants, ainsi que le cas échéant, les organismes de Sécurité sociale et professionnels de santé. Vous êtes également susceptibles de recevoir des offres commerciales de la part de la Mutuelle, sauf opposition de votre part, pour des produits et des services analogues. En aucun cas, les données personnelles ne seront transmises à des organismes tiers en vue de démarches commerciales. En outre, les informations recueillies pourront être également utilisées dans le cadre des opérations de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, ainsi que la lutte contre la fraude, conformément à nos obligations légales. Ces informations sont conservées pendant le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de conservation et de prescription légaux. Les données personnelles des prospects qui n'ont pas conclu de contrat, sont conservées pendant trois ans maximum. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données (UE) européen 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD), vous bénéficiez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'information sur les données collectées, d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement ou de limitation du traitement ainsi que d'un droit de retrait du consentement et, pour motifs légitimes, d'opposition aux informations qui vous concernent, droit qui peut être exercé par courriel : delegue-protection-donnees@mutualia.fr ou par voie postale : Mutualia - Protection des données personnelles - 19 rue de Paris - 93013 BOBIGNY. Une réponse vous sera apportée dans un délai d'un mois suivant la réception de votre demande. Vous disposez également d'un droit à réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <https://www.cnil.fr/fr/plaintes>. Vous avez également la possibilité d'effectuer un recours juridictionnel.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations précitées et je consens à la collecte et au traitement des données personnelles tels que défini dans le cadre de ce bulletin Si vous souhaitez recevoir les offres commerciales de nos partenaires, pour des produits et services analogues, merci de cocher cette case // Si vous ne souhaitez pas recevoir des offres commerciales de MUTUALIA, merci de cocher cette case

Mutualia Alliance Santé, Mutuelle du livre II - Code de la Mutualité, SIREN n° 403 596 265.

Mutualia Grand Ouest, Mutuelle du livre II - Code de la Mutualité, SIREN n° 401 285 309.

Mutualia Territoires Solidaires, Mutuelle du livre II - Code de la Mutualité, SIREN n° 449 571 256. 1910-BIA-MUT-CFR