

# Contrat collectif santé en application de la convention de participation conclue avec le Centre de Gestion des Vosges



Bulletin d'adhésion<sup>1</sup>  Demande de modification<sup>1</sup>

Date d'effet du contrat : **01 / 01 / 2020**

1<sup>er</sup> exemplaire à retourner à :  
MNT Contrats  
TSA 70020 - 33044 Bordeaux Cedex

2<sup>e</sup> exemplaire à conserver  
par le membre participant

## Cadre réservé à la MNT :

N° contrat collectif : \_\_\_\_\_

N° groupe d'assurés : \_\_\_\_\_

Conseiller : \_\_\_\_\_ Agence : \_\_\_\_\_

ID MNT : \_\_\_\_\_

## MES INFORMATIONS PERSONNELLES

Mme\*  M.\* Nom d'usage\* : \_\_\_\_\_ Prénom\* : \_\_\_\_\_

Nom de naissance\* : \_\_\_\_\_ Date de naissance\* : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ville de naissance\* : \_\_\_\_\_ Département de naissance\* : \_\_\_\_ Pays de naissance\* : \_\_\_\_\_

Situation de famille<sup>1</sup> :  Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  En concubinage  Divorcé(e)  Veuf(ve)

Adresse\* : \_\_\_\_\_

Code postal\* : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

N° Sécurité sociale\* : \_\_\_\_\_  Régime général\*<sup>1</sup>  Autre (à préciser)\*<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_

## Collectivité employeur ou dernière collectivité employeur (retraités) :

Employeur\* : \_\_\_\_\_ SIRET\* : \_\_\_\_\_

Adresse\* : \_\_\_\_\_

Code postal\* : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_

N° matricule : \_\_\_\_\_ Filière : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Date d'embauche\* : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Titulaire<sup>1</sup> :  oui  non  Retraité Catégorie<sup>1</sup> :  A  B  C

## MON CHOIX DE GARANTIE MNT SANTÉ

Formule :  Essentielle  Optimale Option surcomplémentaire :  Oui  Non

Montant de la cotisation mensuelle : .....€

## Mode de paiement de la cotisation<sup>1</sup> :

- Prélèvement mensuel sur salaire. Dans ce cas, j'autorise mon employeur à prélever les cotisations dues sur mon salaire.
- Prélèvement mensuel bancaire (retraités). Dans ce cas je joins un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé.

Date effet de l'adhésion\* : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

L'adhésion prend effet au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la demande d'adhésion.

## LES AUTRES BÉNÉFICIAIRES DE MON CONTRAT

	Nom*	Prénom*	Né(e) le	N° Sécurité sociale	Sexe <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant			____ / ____ / ____	____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre			____ / ____ / ____	____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre			____ / ____ / ____	____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre			____ / ____ / ____	____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

- Je certifie l'exactitude et la sincérité des informations communiquées et je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration pourrait entraîner la nullité de mon adhésion.
- Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des dispositions figurant au dos du présent bulletin d'adhésion qui constitue un tout indissociable avec ce dernier, des statuts de la mutuelle et de la notice d'information du contrat, du barème de cotisation applicable le jour de l'adhésion et des notices d'information des garanties souscrites auprès d'autres organismes assureurs.

J'accepte de recevoir des offres commerciales de la MNT<sup>1</sup> :

par email  par téléphone  par courrier  par SMS

J'accepte de recevoir des offres commerciales des partenaires de la MNT<sup>1</sup> :

par email  par téléphone  par courrier  par SMS

Vous pouvez retirer votre consentement à la réception d'offres commerciales à tout moment en vous rendant sur votre espace adhérent ou sur demande écrite.

En cas d'adhésion réalisée à distance ou à la suite d'un démarchage téléphonique (voir au dos du présent bulletin d'adhésion) :

Je demande expressément l'entrée en vigueur des garanties avant l'expiration du délai de renonciation de 14 jours explicité au dos du présent bulletin d'adhésion et acquitte en conséquence la cotisation due pour bénéficier des garanties. Dans le cas où j'exercerais ma faculté de renonciation, je serais tenu au paiement proportionnel du service fourni, conformément aux dispositions décrites dans le formulaire « adhésion à distance », dont je reconnais avoir reçu un exemplaire.

1 - Cochez la case correspondante. \* Champs obligatoires.

Mutuelle Nationale Territoriale, 4 rue d'Athènes - 75 009 Paris

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584 relevant du contrôle de l'A.C.P.R. située 4 place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. BA-CDG88\_SCE.

Fait en 2 exemplaires à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

\_\_\_\_\_



N'oubliez pas de joindre un RIB et une photocopie de l'attestation de votre carte vitale.

## ADHÉSION À LA SUITE D'UN DÉMARCHAGE AU DOMICILE, A LA RESIDENCE OU SUR LE LIEU DE TRAVAIL

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un contrat collectif à adhésion facultative 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 ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la prise d'effet de l'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Ce droit de renonciation est à exercer par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception adressé à MNT Vie des Contrats - TSA 70020 - 33044 Bordeaux Cedex, selon le modèle ci-dessous :

« Je soussigné (nom, prénom), demeurant (adresse complète), vous notifie par la présente ma renonciation à mon adhésion au contrat collectif (précisez le nom du contrat) conclu par le (dénomination du souscripteur) effectuée le (date) à (lieu).

Le (date et signature). »

## PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel mentionnées au soutien du présent bulletin sont collectées par la MNT, responsable de traitements. Ces données sont destinées à la gestion de votre adhésion, à l'organisation de la vie institutionnelle relevant des statuts ainsi qu'à l'exécution de prescriptions réglementaires par les personnels habilités de la MNT ainsi que de ses partenaires et sous-traitants et leur traitement est fondé sur la nécessaire exécution du contrat. La non-fourniture des données précédées d'un astérisque (\*) a pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus. Les données collectées sont conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat et pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance.

Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, la rectification ou l'effacement de celles-ci ainsi que le droit de communiquer des directives concernant le sort de vos données après votre décès. Vous disposez encore du droit de solliciter, pour motif légitime, la limitation du traitement, de vous opposer audit traitement et du droit à la portabilité des données.

Vous pouvez exercer vos droits, en justifiant de votre identité par tout moyen, en vous adressant au délégué à la protection des données de la MNT par email à l'adresse suivante : [dpo@mnt.fr](mailto:dpo@mnt.fr) ou par courrier à l'adresse de la MNT. La copie d'un titre d'identité comportant la signature du titulaire pourra éventuellement vous être demandée. Vous avez également le droit d'introduire une réclamation relative à la protection des données auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sise, 3, Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 ou [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).

## PROSPECTION COMMERCIALE PAR VOIE TÉLÉPHONIQUE

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet d'une prospection commerciale par voie téléphonique, vous disposez du droit de vous inscrire à tout moment gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel, à l'adresse <https://inscription.bloctel.fr/>.

## PRINCIPE INDEMNITAIRE – MULTI-ASSUREURS

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le membre participant peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

## ÉCHANGES INFORMATISÉS AVEC VOTRE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

Pour permettre un remboursement rapide et automatique de vos frais de santé, la MNT met en place le service de télétransmission NOEMIE (transmission automatique de vos décomptes de Sécurité sociale) avec votre Caisse d'assurance maladie obligatoire et celle de vos bénéficiaires. Si vous ne souhaitez pas bénéficier de ce service et préférez n'être remboursé(e) qu'à réception de votre décompte papier, vous pouvez nous en faire part à tout moment par courrier à MNT Vie des Contrats - TSA 70020 - 33044 Bordeaux Cedex.