

MEMBRE PARTICIPANT ☐ Mme ☐ M

Nom : Prénom :

Né(e) le : à :

Adresse (n°, voie, bâtiment,...) :

Code postal : Ville :

Email : Tél.:

N° Sécurité Sociale : Clé : N° Centre :

Situation professionnelle :

☐ Agent d'Etat ☐ Agent Territorial ☐ Agent Hospitalier ☐ Retraité ☐ Autre (à préciser) :

AYANT(S) DROIT

Conjoint(e) et assimilé(e)	Nom :	Prénom :
	Né(e) le :	Sexe : ☐ M ☐ F
	N° SS :	Clé : N° Centre :
	Catégorie socio-professionnelle : Profession :	Nom de l'employeur :
Enfant(s) à charge (sous conditions de statut pour les enfants majeurs)	Nom :	Prénom :
	Né(e) le :	Sexe : ☐ M ☐ F
	N° SS :	Clé : N° Centre :
	Statut :	
	Nom :	Prénom :
	Né(e) le :	Sexe : ☐ M ☐ F
	N° SS :	Clé : N° Centre :
	Statut :	
	Nom :	Prénom :
	Né(e) le :	Sexe : ☐ M ☐ F
	N° SS :	Clé : N° Centre :
	Statut :	

CHOIX DE LA COUVERTURE SURCOMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Date d'adhésion souhaitée (sous réserve d'un dossier complet) :

La date d'adhésion pourra être revue par la mutuelle en fonction de la date de résiliation retenue par le précédent organisme et/ou en application du Règlement Mutualiste.

☐ HOSPIAT 1 ☐ HOSPIAT 4 (uniquement en renfort des garanties Obadia, Cybélia, sauf Minoria)

☒ ASSISTANCE ☒ PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ

La garantie prend effet à l'issue d'un délai d'attente de 3 mois.

Par défaut, je bénéficie ainsi que mes ayants droit de la télétransmission pour les remboursements liés à la garantie complémentaire santé à laquelle j'adhère.

☐ Case à cocher si vous ne souhaitez pas bénéficier de ce service.

Durée de la garantie : 1 an à compter de la date d'effet du contrat, renouvelable par tacite reconduction.

L'UN DES AFFILIÉS EST-IL 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...).

UN MEMBRE DIRECT DE MA FAMILLE* exerce ou a cessé d'exercer depuis moins de 1 an l'une de ces fonctions oui ☐ non ☐

* Membre de la famille :

- Le conjoint ou le concubin notoire, le partenaire lié par un acte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
- Les enfants, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un acte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
- Les ascendants au premier degré.

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions ci-dessus, des informations et/ou justificatifs complémentaires pourront vous être demandés afin de valider votre adhésion ou toute autre opération de versement de prestations.

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 à m'adresser par courrier, e-mail ou SMS les communications relatives à la vie mutualiste et aux événements organisés par la Mutuelle.

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.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la Mutuelle du Rempart à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle du Rempart. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- DÉBITEUR

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : | | | | |

Ville : Pays :

[illegible]

IBAN:

Païement : ☐ Récurrent/Répétitif ☐ Ponctuel

Date : le 5 du mois le 10 du mois le 20 du mois

Périodicité : ☐ par mois ☐ par trimestre ☐ par semestre ☐ par an

A : Le :

CRÉANCIER

Nom : Mutuelle du Rempart

Adresse : 1 rue d'Austerlitz - CS 27 261

Code postal : 31072 TOULOUSE cedex 6

Pays : France

Identifiant créancier SEPA : FR05ZZZ808B84

Veillez compléter tous les champs du mandat (BIC et IBAN également)

Signature

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

☐ **Autre** (à l'exclusion des espèces) Périodicité : ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle ☐ Annuelle

Je dispose d'un délai de renonciation de 14 jours à compter de la date de signature du présent bulletin d'adhésion.

Pour renoncer à mon adhésion, je peux utiliser ce modèle et dois l'envoyer par lettre recommandée avec avis de réception à la Mutuelle du Rempart.

« Je soussigné(e) (Nom, prénom), demeurant (Adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au règlement HOSPIAT 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. Date et Signature ».

Conformément aux dispositions de la résiliation infra annuelle, je dispose de la faculté de mettre fin à mon contrat, sans frais ni pénalités, à tout moment sous réserve de respecter un délai de préavis d'un (1) mois et de justifier au moins d'une (1) année d'adhésion (article L. 221-10-2 du Code de la mutualité).

Je déclare avoir reçu et pris connaissance du document d'information normalisé, du descriptif de la couverture à laquelle j'adhère, du Règlement Mutualiste HOSPIAT, des Statuts de la Mutuelle du Rempart, de la notice d'information liée aux garanties d'assistance et à la Protection Juridique, ainsi que du devis. Je m'engage à respecter toutes les obligations qui en découlent ainsi qu'à signaler tout changement de situation personnelle et, plus généralement, toute information susceptible de modifier la situation des bénéficiaires.

Je certifie sur l'honneur que les sommes versées au titre de mon adhésion n'ont pas d'origine délictueuse au sens de la législation applicable à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Je déclare être pleinement informé(e) des obligations légales et réglementaires incombant à la Mutuelle du Rempart en matière de déclaration de soupçon à TRACFIN.

Conformément à la réglementation en vigueur, à la Loi N° 78-17 « Informatique et Libertés » du 06 Janvier 1978 et au règlement général sur la protection des données Loi N° 2018-493 du 20 Juin 2018, les informations transmises via ce formulaire, sont destinées à la Mutuelle du Rempart en leur qualité de responsables du traitement. Elles pourront être transmises à leurs éventuels réassureurs, prestataires, partenaires commerciaux et délégataires de gestion. Vos données sont collectées dans le cadre de notre relation contractuelle à des fins de gestion administrative de votre dossier et à des fins d'information sur les offres, produits et services de la Mutuelle du Rempart.

Vos données sont également collectées en vue de respecter nos obligations légales et réglementaires, en particulier, afin de lutter contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et contre la fraude à l'assurance. Vos coordonnées personnelles sont conservées tout au long de la durée de la relation contractuelle et conformément aux durées de prescriptions légales. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement et le retrait du consentement au traitement de vos données personnelles, ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant à : Mutuelle du Rempart - 1, rue d'Austerlitz CS 27 261 - 31072 Toulouse Cedex 6 ou par courriel à l'adresse suivante : dpo@rempartmutuelle.fr

Votre demande devra être accompagnée d'un justificatif d'identité en cours de validité. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Veuillez noter toutefois, que certaines données peuvent être exclues de ces demandes dans certaines circonstances, notamment, si nous devons continuer à traiter vos données pour servir nos intérêts légitimes ou respecter une obligation légale. Nous pouvons vous demander de nous fournir un justificatif d'identité pour confirmer votre identité avant de répondre à votre demande. La Mutuelle du Rempart prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité des données, conformément aux dispositions réglementaires en vigueur. En cas de désaccord concernant l'utilisation que nous faisons de vos données, nous vous invitons à contacter nos services afin d'exposer vos demandes ou griefs à l'adresse suivante : DPO /Cabinet Lexagone 9 rue Léon Salembien 59200 TOURCOING ou encore par courriel à l'adresse suivante : dpo@rempartmutuelle.fr

En tout état de cause, il vous est possible de saisir directement la CNIL au 3 Place de FONTENOY – TSA 80 715 – 75 334 PARIS cedex 07 ou www.cnil.fr
Par ailleurs, conformément au Code de la consommation, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en écrivant sur www.bloctel.gouv.fr.

SIGNATURE OBLIGATOIRE DU MEMBRE PARTICIPANT

Remis en 2 exemplaires le à

Cadre réservé à la Mutuelle

Agence :

Cotisation Santé : €/mois

..... €/mois

Total : €/mois

PIÈCES À JOINDRE

- ☐ une copie d'un justificatif d'identité en cours de validité
 (Carte Nationale d'Identité ou Passeport (hors version numérique))
- ☐ une copie de « l'attestation de droits à l'assurance maladie »
 pour chaque bénéficiaire, en cours de validité
- ☐ le devis de votre choix signé avec la mention
 « Lu et approuvé »
- ☐ un justificatif de statut pour les enfants majeurs
- ☐ une copie de votre dernier bulletin de salaire et d'un justificatif de
 recrutement ou d'un justificatif de retraite (CNRACL ou IRCANTEC)
- ☐ un relevé d'identité bancaire (RIB) :
 - du Membre participant pour le prélèvement des cotisations
 - du ou des bénéficiaire(s) pour le remboursement des prestations
- ☐ l'attestation de majoration ou de non majoration > Coefficient%