

Bulletin d'adhésion au Règlement mutualiste labellisé Offre Santé



1^{er} exemplaire à retourner à :
MNT Contrats
TSA 70020 - 33044 Bordeaux Cedex

2^e exemplaire à conserver
par le membre participant

Date d'effet : _____

Cadre réservé à la MNT : N° contrat collectif : _____ N° groupe d'assurés : _____
N° de proposition commerciale : _____ ID MNT: _____ Entité de rattachement : _____
Agence : _____ Code offre promotionnelle : _____ Minoration/Majoration de cotisation : _____

MES INFORMATIONS PERSONNELLES

Mme* M.* Nom* : _____ Prénom* : _____
Nom de naissance* : _____ N° adhérent : _____
Date de naissance* : _____ Situation de famille¹ : Célibataire Marié(e) Union Divorcé(e) Veuf(ve)
Adresse* : _____
Code postal* : _____ Ville* : _____
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
E-mail : _____ @ _____
N° Sécurité sociale* : _____ Régime général*¹ Autre (à préciser)*¹ : _____

Dispositions relatives au décret du 8 novembre 2011 concernant le coefficient de majoration d'une garantie labellisée*¹ :

Je suis actuellement couvert au titre d'une garantie santé labellisée ou d'une convention de participation en santé. Dans ce cas, je dois fournir le justificatif d'adhésion précisant le coefficient de majoration.
 C'est ma 1^{ère} adhésion à une garantie labellisée. J'indique ci-dessous la date de mon entrée dans la fonction publique et fournis une preuve de cette date.

Employeur* : _____ SIRET Employeur : _____
N° matricule : _____ Filière : _____ Profession : _____
Date d'embauche* : _____ Statut¹ : Titulaire Non titulaire Catégorie¹ : A B C

MON CHOIX DE GARANTIE MNT SANTÉ¹

MNT Santé 1 MNT Santé 2 MNT Santé 3 MNT Santé 4 MNT Santé 5 MNT Santé 6
J'ajoute des options :
• Profil (renfort) : Jeune Famille Senior Confort + 6
• Protection Enfant(s), formule identique pour la fratrie : Formule 1 Formule 2 Indemnités hospitalisation
Montant de la cotisation mensuelle : _____ €

Modalités de paiement¹ : Prélèvement sur salaire. Dans ce cas, j'autorise mon employeur à prélever les cotisations dues sur mon salaire.
 Prélèvement bancaire

Périodicité de paiement : Mensuelle

LES AUTRES BÉNÉFICIAIRES DE MON CONTRAT

	Nom*	Prénom*	Né(e) le	N° Sécurité sociale	Sexe ¹
<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 sincères et véritables les renseignements ci-dessus, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle étant sanctionnée par la nullité de mon adhésion, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des dispositions figurant au verso du présent bulletin d'adhésion qui constitue un tout indissociable avec ce dernier, des statuts de la mutuelle et du règlement mutualiste labellisé santé, du barème de cotisation applicable le jour de l'adhésion, des notices d'information des garanties souscrites auprès d'autres organismes assureurs. Je reconnais aussi avoir reçu l'ensemble des documents précontractuels d'information, dont le devis comprenant la synthèse des besoins que j'ai exprimés, ainsi que le document d'information normalisé correspondant à l'offre préconisée par la MNT en fonction des besoins exprimés dans ce devis.

J'accepte de recevoir des offres commerciales de la MNT¹ :

par email par téléphone par courrier par SMS

J'accepte de recevoir des offres commerciales des partenaires de la MNT¹ :

par email par téléphone par courrier par SMS

(1) - Cochez la case correspondante.

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment. Ce retrait ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait. Les données à caractère personnel mentionnées au soutien du présent bulletin sont collectées par la MNT. 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 précitées 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 pouvez prendre connaissance de vos droits attachés à vos données en consultant le règlement mutualiste qui vous a été remis, également accessible sur le site www.mnt.fr ou par envoi postal sur demande écrite. En cas d'adhésion réalisée à distance ou à la suite d'un démarchage téléphonique (voir au verso du présent bulletin d'adhésion) :

Fait en 2 exemplaires à : _____

Le : _____

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

Je demande expressément l'entrée en vigueur des garanties avant l'expiration du délai de renonciation de 14 jours explicité au verso du présent bulletin d'adhésion et acquitte en conséquence la cotisation due pour bénéficiaire 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.

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. B5.



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 règlement mutualiste 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 signature du bulletin d'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 règlement mutualiste (préciser pour chaque règlement le nom du règlement et sa nature : règlement prévoyance, règlement santé) effectuée le (date) à (lieu).

Le (date et signature). »

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/>.

ACPR

Conformément aux dispositions de l'article L.510-1 du Code de la mutualité, le contrôle sur les mutuelles régies par le Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres, par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09

PRINCIPE INDEMNITAIRE – MULTI-ASSUREURS

Les remboursements ou les indemnisations 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'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

DATE D'EFFET DES GARANTIES

La date d'effet de votre adhésion figurera dans une lettre qui vous sera adressée.