

Date d'effet / / Adhésion Modification N° de Contrat individuel*

Garantie *À renseigner en cas de modification.

Garantie au choix : Niveau 1, Niveau 2, Niveau 3, Niveau 4
Panachage autorisé entre les ayants-droits

JE SUIS

Situation : Actif(ve) En suspension d'activité Retraité(e) Matricule

M. Mme Nom Prénom Date de naiss.

N° de Sécurité sociale Organisme de rattachement** ** Série de chiffres de type 00 000 0000, présent sur l'attestation de droits de la Sécurité sociale.

N° de voie Code BTQ Nature de voie

Nom de voie

Complément d'adresse

Code postal Commune

Téléphone domicile Téléphone portable

Email

Situation familiale : Célibataire Pacsé(e) Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Autre

J'accepte de recevoir toute information commerciale par voie électronique de la part des entités du groupe (Aéma Groupe) concernant ses produits et services : oui non.

JE DEMANDE L'INSCRIPTION DES PERSONNES SUIVANTES SUR MON CONTRAT

MON CONJOINT

M. Mme Nom Prénom Date de naiss.

N° de Sécurité sociale Organisme de rattachement** Garantie

MES ENFANTS OU AYANTS DROIT

M. Mme Nom Prénom Date de naiss.

N° de Sécurité sociale Organisme de rattachement** Garantie

M. Mme Nom Prénom Date de naiss.

N° de Sécurité sociale Organisme de rattachement** Garantie

M. Mme Nom Prénom Date de naiss.

N° de Sécurité sociale Organisme de rattachement** Garantie

PIÈCES À FOURNIR

- Attestation de droits à l'Assurance Maladie de moins de 3 mois pour chaque bénéficiaire.
- Relevé d'identité bancaire pour le versement des prestations.
- Mandat SEPA, si l'employeur a choisi le prélèvement sur compte bancaire (ou si retraité(e) ou en suspension d'activité).

RÉSERVÉ À L'ADHÉRENT

- Je certifie complets et exacts les renseignements portés sur le présent bulletin.
- Je reconnais avoir reçu de la part de mon employeur un exemplaire de la notice d'information des garanties frais de santé.
- J'accepte l'usage du courrier électronique pour recevoir les informations relatives au contrat en vue de sa conclusion ou au cours de son exécution (Art 1369-2 du code civil).
- Je donne mon accord pour le précompte de ma cotisation sur mon salaire, si mon employeur a choisi ce mode de règlement des cotisations.

Fait à

Le

Signature ►

RÉSERVÉ À L'EMPLOYEUR

- L'employeur certifie que l'agent répond aux dispositions du décret 2011-1474 pour adhérer au présent contrat.

Fait à

Le



Cachet, nom et qualité du signataire ▼

Uniquement pour les agents actifs.

Les données recueillies feront l'objet de traitements par la MNFCT, responsable de traitements, pour la passation, la gestion, l'exécution des contrats d'assurance ainsi qu'à des fins de prospection et gestion commerciales.

Elles pourront être transmises aux entités du groupe Macif et notamment à ses partenaires aux mêmes fins.

Elles seront aussi traitées pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme.

Vos données feront l'objet d'un traitement de lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès.

Le cas échéant, vous pouvez retirer votre consentement aux traitements des données ce qui aura pour effet de les faire cesser.

Nous vous informons que vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site bloctel.gouv.fr.

Vous pouvez exercer ces droits auprès de la MNFCT, par courriel à dpo@mnfct.fr ou par courrier postal à l'adresse suivante : MNFCT - Direction générale - 3 rue Franklin - CS 30036 - 93108 Montreuil cedex.

Vous pouvez également exercer vos droits et adresser toute demande d'information concernant vos données personnelles sur le site www.macif.fr depuis le formulaire d'exercice des droits ou par voie postale à : MACIF - Direction générale - 2 et 4 rue de Pied-de-Fond - 79037 Niort cedex 9.

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

Toutes les précisions sur la protection de vos données sont accessibles sur le site www.macif.fr

COMMENT ADHÉRER ET BÉNÉFICIER DES GARANTIES ?

- 1 Je remplis date et signe le présent bulletin d'adhésion individuel, en deux exemplaires dont un que je conserve.

POUR LES ACTIFS

- 2 Mon Employeur se charge de transmettre ces éléments à la MNFCT.
- 3 Je reçois ma carte de tiers payant directement à mon domicile.

POUR LES RETRAITÉS OU LES AGENTS EN SUSPENSION D'ACTIVITÉ

- 2 Je transmets directement les éléments à la MNFCT.
- 3 Je reçois ma carte de tiers payant directement à mon domicile.

Bulletin d'adhésion à renvoyer à :
MNFCT - Centre de gestion de Niort
CS 30000
79077 Niort cedex 9

Ou par mail :
adhesions.cc@mnfct.fr