Contrat collectif Prévoyance
En application de la convention de participation conclue avec le CENTRE INTERDEPARTEMENTAL DE GESTION GRANDE COURONNE

MNT
Être utile est un beau métier
GROUPE VYV

❑ Bulletin d'adhésion[1] ❑ Demande de modification[1] ❑ **Demande de portabilité**[1]

Date d'effet du contrat : 01 / 01 / 2024

L'adhésion au contrat produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée de un an, sauf dénonciation prévue à la notice d'information. L'adhésion prend effet au plus tôt le 1er jour du mois qui suit la date de réception par la mutuelle du bulletin d'adhésion. La date d'effet de votre adhésion figurera dans une lettre qui vous sera adressée.

1er exemplaire à retourner à votre service RH

2e 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(s)* : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance* : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Ville de naissance* : ..... Département de naissance* : |_|_| Pays de naissance* : .....

N° Sécurité sociale* *(en cas de souscription à l'option Décès PTIA)* : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Situation de famille[1] : ❑ Célibataire ❑ Marié(e) ❑ Pacsé(e) ❑ En concubinage ❑ Divorcé(e) ❑ Veuf(ve)

Adresse* : .....

Code postal*: |_|_|_|_|_| Ville* : .....

Téléphone domicile : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Téléphone portable : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

E-mail : ..... @ .....

Collectivité employeur :

Employeur* : ..... SIRET* : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Adresse* : .....

Code postal*: |_|_|_|_|_| Ville* : .....

N° matricule : ..... Filière : ..... Profession : .....

Date d'embauche* : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Titulaire[1] : ❑ oui ❑ non Catégorie[1] : ❑ A ❑ B ❑ C

Traitement brut mensuel* : ..... Prime(s) brute(s) mensuelle(s) souscrite(s)* : .....

MON CHOIX DE GARANTIE MNT

Assiette de cotisation : ☒ **TBI + NBI + RI**

Garantie de base obligatoire : ☒ Incapacité temporaire de travail : 90% TBI+NBI + 40% RI et Invalidité permanente : 90% TBI+NBI

Renforts optionnels[1] :
- ❑ Incapacité temporaire de travail : RI 90% pour les périodes de demi-traitement et temps partiel thérapeutique
- ❑ Incapacité temporaire de travail : RI 90% pour les périodes de plein-traitement CLM CLD CGM
- ❑ Invalidité permanente : RI 90%

Garanties facultatives[1] :
- ❑ Capital Décès / PTIA
- ❑ Perte de retraite suite à invalidité *(Seuls les agents affiliés à la CNRACL peuvent adhérer à la garantie Perte de retraite)*

TBI : traitement brut indiciaire, y compris le Complément au traitement indiciaire (CTI) – NBI : nouvelle bonification indiciaire – RI : régime indemnitaire

Modalités de paiement[1] de la cotisation :
- ❑ Prélèvement mensuel sur salaire. Dans ce cas, j'autorise mon employeur à prélever les cotisations dues sur mon salaire.
- ❑ Prélèvement bancaire, en cas de demande de portabilité. Je m'engage à acquitter ma cotisation par prélèvement mensuel sur compte bancaire (remplir le mandat de prélèvement SEPA ci-joint dûment complété et signé et joindre le RIB et l'arrêté municipal).

Date d'effet de l'adhésion* : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Il est expressément rappelé que les agents en arrêt de travail ne peuvent pas adhérer immédiatement au contrat. Ils ne peuvent y adhérer qu'à l'issue de leur reprise effective d'activité suivant les conditions précisées dans la notice d'information.
- Je certifie l'exactitude et la sincérité des informations communiquées et je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle est 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 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 qui décrit notamment les garanties et les modalités d'application 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.
- Je reconnais aussi avoir reçu l'ensemble des documents précontractuels d'information, dont le devis comprenant la synthèse des besoins que j'ai exprimés.

J'accepte de recevoir des offres commerciales de la MNT[1] : ❑ **par email** ❑ **par téléphone** ❑ **par courrier** ❑ **par SMS**

J'accepte de recevoir des offres commerciales des partenaires de la MNT[1] : ❑ **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 30 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 la notice d'information.

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. CIG-GC_2024_PCE_DCF.

Fait en 2 exemplaires à : .....

Le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Signature précédée
de la mention « lu et approuvé » :

Dans le cadre du dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la MNT doit procéder à un contrôle des pièces justificatives fournies lors de la demande d'adhésion. Elle peut être amenée à vous demander des informations et/ou justificatifs complémentaires.
La recevabilité et prise d'effet de l'adhésion seront conditionnées à l'étude de l'ensemble des éléments qui auront été transmis à la MNT.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES

Pour toute désignation particulière de bénéficiaire(s), vous pouvez vous référer au formulaire de désignation joint en annexe. La désignation d'un ou plusieurs bénéficiaire(s) de la prestation peut également être effectuée par un acte sous seing privé, au moyen d'un simple courrier du membre participant daté et signé, ou par acte authentique. En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après : au conjoint non séparé de corps judiciairement ; à défaut aux descendants, à défaut aux ascendants au 1er degré, à défaut aux héritiers.

À défaut d'acceptation par le bénéficiaire, le membre participant dispose à tout moment du droit de désigner un bénéficiaire ou de substituer un bénéficiaire à un autre. Cette désignation ou cette substitution peut être réalisée soit par la modification du formulaire de désignation joint en annexe, soit en remplissant les formalités édictées par l'article 1690 du code civil, soit par voie testamentaire. L'acceptation par un bénéficiaire rend irrévocable sa désignation, sauf exceptions légales. La révocation de la désignation acceptée nécessite que le bénéficiaire acceptant y consente expressément.

CLAUSE DE RENONCIATION

Tout membre participant ayant adhéré au contrat collectif a la faculté de renoncer à son adhésion pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. Ce droit est à exercer par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception adressé à votre agence en indiquant « je soussigné (nom et prénom du membre participant), demeurant (adresse complète), déclare renoncer à la garantie décès-PTIA du contrat collectif à adhésion facultative (préciser la dénomination du contrat) et entends recevoir dans un délai maximum de 30 jours la restitution intégrale des sommes versées. (date et signature) »..

La renonciation entraîne la restitution, par la Mutuelle, de l'intégralité des sommes versées par le membre participant dans un délai maximum de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

ADHÉSION À DISTANCE OU À LA SUITE D'UN DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

En cas d'adhésion réalisée à distance c'est-à-dire hors la présence d'un conseiller de la mutuelle, et conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité ou à la suite d'un démarchage téléphonique, vous bénéficiez d'un droit de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter du jour où vous êtes informé que l'adhésion a pris effet. Ce droit de renonciation est à exercer par l'envoi à MNT Contrats - TSA 70020 - 33044 Bordeaux Cedex d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception, selon le modèle de rédaction ci-dessous :

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

Le (date et signature).»

Si vous n'avez pas adhéré à distance ou à la suite d'un démarchage téléphonique, vous ne disposez pas de la faculté de renonciation.

Je reconnais avoir été informé de ma faculté de renonciation au contrat collectif maintien de salaire et de mon droit au remboursement de la cotisation en cas d'adhésion à distance.

Dans l'hypothèse où vous demanderiez l'entrée en vigueur des garanties avant l'expiration du délai de renonciation de 30 jours, vous devriez acquitter en conséquence la cotisation due pour bénéficier des garanties. Dans le cas où vous exerceriez votre faculté de renonciation, vous seriez tenu au paiement proportionnel du service fourni.

ADHÉSION À LA SUITE D'UN DÉMARCHAGE AU DOMICILE, À LA RÉSIDENCE 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 rou tout autre support durable, par déclaration faite au Siège social ou dans une implantation territoriale de la Mutuelle, par acte extrajudiciaire ou par un mode de communication à distance 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.

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 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.

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://www.bloctel.gouv.fr/.

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.

MNT
Être utile est un beau métier
GROUPE VYV