



Mutuelle Familiale des Cheminots de France (Mfcf)

Complémentaire Santé Mfcf

Centre de gestion Mfcf - TSA 40000 - 78457 VELIZY Cedex

Tél : 01 44 53 24 65 E-mail : mfcf@mutuelle-cheminots.fr WWW.mutuelle-cheminots.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN n°784 394 413 et adhérente à la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

BULLETIN D'ADHESION

Si vous êtes un agent de collectivité territoriale et souhaitez bénéficier d'une garantie labellisée, vous devez adhérer à la Mfcf en tant qu'adhérent principal. Les conjoints et enfants ne peuvent pas bénéficier des dispositions de labellisation.

ADHÉRENT :

| | | | |
|-----------------------------------|----------------------|------------------------------|----------------------|
| Civilité | Nom (Majuscule) : | Prénom : | Date de naissance : |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| N° de Caisse de Prévoyance Sncf : | | N° d'immatriculation INSEE : | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Adresse complète : | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Code postal : | | Ville : | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Téléphone : | Mobile : | E-mail : | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

Vous êtes affilié :

Vous êtes :

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> A la Caisse de Prévoyance Sncf | <input type="checkbox"/> Au régime de Sécurité Sociale | <input type="checkbox"/> Agent territorial |
|---|--|--|

GARANTIE CHOISIE par le Chef de famille (qui s'applique à la totalité de la famille) :

| | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Base | <input type="checkbox"/> Base Plus* | <input type="checkbox"/> Complète* | <input type="checkbox"/> Complète Plus** |
|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--|

* Les garanties **Base Plus** et **Complète** sont des garanties labellisées.

La garantie **Complète Plus est réservée uniquement au personnel affilié à la caisse de prévoyance Sncf (CPRP).

CONJOINT (E) concerné (e) par l'adhésion :

| | |
|----------------------|--|
| Nom (Majuscule) : | Prénom : |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Date de naissance : | N° d'immatriculation à la CPRP Sncf ou à la Sécurité Sociale : |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

L'attestation d'Assurance Maladie de votre conjoint (e) est-elle différente de la vôtre ? OUI NON

ENFANT (S) fiscalement à charge et concerné (s) par l'adhésion :

Nombre d'enfant (s)

 1 2 3 4

Premier enfant :

Nom (Majuscule) :

Prénom :

Date de naissance :

Deuxième enfant :

Nom (Majuscule) :

Prénom :

Date de naissance :

Troisième enfant :

Nom (Majuscule) :

Prénom :

Date de naissance :

Quatrième enfant :

Nom (Majuscule) :

Prénom :

Date de naissance :

Les attestations d'Assurance Maladie de vos enfants sont-elles différentes de la vôtre ou de celle de votre conjoint (e) :

 OUI NON

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE AVEC CE FORMULAIRE D'ADHÉSION :

Un mandat de résiliation du contrat précédemment souscrit

- Attestation de la Caisse de Prévoyance Sncf ou de la Sécurité Sociale, de moins de 6 mois, pour tous les assurés au contrat.
- Attestation de concubinage ou copie du PACS le cas échéant.
- Pour les enfants fiscalement à charge jusqu'à leur 29^{ème} anniversaire (joindre une copie du livret de famille), A la condition qu'ils ne soient ni mariés, ni chargés de famille, il sera demandé un justificatif pour valider la situation de l'enfant (certificat de scolarité,...).
- Une attestation de l'employeur ou l'arrêté administratif mentionnant la date d'entrée dans la fonction publique.
- Le cas échéant le certificat de radiation de l'ancienne garantie "Frais de santé" labellisée et précisant si un coefficient de majoration a été appliqué.
- Fiche de devis-devoir de conseil signée.
- IBAN de l'adhérent :
 - ✓ Il est possible d'avoir un IBAN différent par bénéficiaire à la condition expresse que l'assuré envoie un courrier autorisant le conjoint ou l'enfant à recevoir ses prestations sur un RIB différent.
 - ✓ Le IBAN pour les cotisations doit être au nom du titulaire du contrat, à défaut un compte joint.
- Mandat SEPA pour les assurés dont la cotisation est prélevée sur compte bancaire.
- Un mandat de résiliation du contrat précédemment souscrit, le cas échéant

MODE DE VERSEMENT DES COTISATIONS :

Les droits à prestations ne sont ouverts que pour les adhérents à jour de leurs cotisations. En conséquence, les cotisations sur compte bancaire et pension sont prélevées au plus tard le 5 du mois ouvrant droits à règlement de prestations.

Prélèvement mensuel sur le compte bancaire

Prélèvement mensuel sur pension

Vous devez obligatoirement saisir un IBAN (RIB ou RIP) pour le paiement et/ou le prélèvement des cotisations.

Votre IBAN :

Date d'adhésion souhaitée :

Veillez nous adresser un chèque pour le premier mois de cotisation.

J'autorise le transfert d'informations entre l'Assurance Maladie Obligatoire et la mutuelle Mfcf ou son délégataire de gestion, afin de bénéficier de la transmission automatique des décomptes (NOEMIE), ainsi que des garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats responsables qui font l'objet d'un tiers payant et ce, au minimum jusqu'à hauteur du tarif de responsabilité si un tel tarif existe pour la prestation ou l'acte visé. Pour les garanties inscrites au contrat mutualiste qui excèdent les obligations relatives au contrat responsable, c'est la carte de tiers payant fournie qui mentionne de manière explicite les garanties couvertes en tiers payant.

Si j'y renonce, je devrai envoyer à la mutuelle Mfcf les décomptes originaux de mon Assurance Maladie Obligatoire pour bénéficier des prestations complémentaires. Pour refuser, je dois le notifier par écrit ci-dessous en inscrivant la mention :

« Je ne souhaite pas bénéficier de la télétransmission »

« _____ »

« Je soussigné(e), demande l'adhésion à la mutuelle Mfcf, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire Sirène sous le numéro SIREN 784 394 413, et au règlement mutualiste « Complémentaire Santé Mfcf », la mutuelle Mfcf étant l'organisme assureur des garanties de la gamme « Complémentaire Santé Mfcf » que j'ai choisie pour mon compte et mes ayants droit inscrits ».

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

Je demande à ce que mon adhésion prenne effet au 1^{er} jour du mois suivant la signature du présent bulletin d'adhésion même si le délai de rétractation de 14 jours n'est pas expiré.

Je dispose déjà actuellement d'une complémentaire santé auprès d'un autre organisme et je souhaite donner mandat à MFCF pour résilier mon contrat actuel auprès de mon ancien assureur (cocher la case le cas échéant).

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance, préalablement à la signature du présent formulaire d'adhésion, du devis, du devoir de conseil, du règlement mutualiste « Complémentaire Santé Mfcf et des Statuts de la Mutuelle Mfcf, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire.

Je m'engage à me conformer aux dispositions statutaires et réglementaires.

Je souhaite être informé par la Mfcf et ses partenaires sur leurs offres, produits et services : Oui Non

Je souhaite recevoir la publication Mfcf Info, bulletin trimestriel produit par la mutuelle : Oui Non

Je déclare être ne pas être une personne « politiquement exposée » dont la définition est fixée à l'article R561 -18 du Code Monétaire et financier.

Je déclare sincère et véritable l'ensemble des renseignements indiqués,

A : _____ Date : _____

Signature

MENTION OBLIGATOIRE

(Signature de l'adhérent précédée de la mention « lu et approuvé »).

Article R211-27 du Code de la mutualité.

La Mutuelle Mfcf est substituée par KLESIA Mut', dans le cadre d'une convention de substitution dont les dispositions prévoient que KLESIA Mut' se substitue intégralement à la mutuelle pour la constitution des garanties d'assurance maladie, accident offertes aux membres participants de la mutuelle et à leurs ayants droit ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches 1 et 2. KLESIA Mut' donne à la mutuelle Mfcf sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels vis-à-vis des membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale dans les conditions prévues par l'article L. 211-5, I, alinéa 4, du Code de la mutualité.

Si l'agrément accordé à KLESIA Mut' lui est retiré ou est déclaré caduc, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou au membre participant qui a acquitté la cotisation.

Dans le cadre d'une convention de délégation de gestion conclue entre la mutuelle Mfcf et KLESIA Mut', KLESIA Mut' assure la gestion de l'ensemble des garanties régies par le règlement Gamme « Complémentaire Santé Mfcf ».

Règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016.

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations transmises via ce formulaire sont destinées à la mutuelle MFCF en sa qualité de responsable du traitement, et pourront être transmises aux entités de KLESIA (AMK) ainsi qu'à ses éventuels prestataires et partenaires commerciaux. Les données, à l'exclusion du NIR, sont collectées, pour la gestion administrative de votre dossier, et avec votre consentement, à des fins de prospection commerciale. 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. Les données sont conservées durant toute la durée de l'exécution de votre contrat, puis jusqu'aux termes des délais de prescription légaux. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, le retrait du consentement au traitement de vos données personnelles, nous indiquer les directives quant à l'utilisation de vos données après votre décès, ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant à info.cnil@klesia.fr ou à KLESIA - Service INFO CNIL CS 30027, 93108 Montreuil cedex. 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. Afin de nous permettre de confirmer votre identité en cas de doute, un justificatif d'identité pourra vous être demandé. Nous conserverons une copie de votre pièce d'identité pendant une durée maximale d'un an. KLESIA prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformément à la réglementation en vigueur. Vous pouvez saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.