



# Contrat collectif santé en application de la convention de participation conclue avec le SERVICE DÉPARTEMENTAL d'INCENDIE et de SECOURS de l'HÉRAULT



Bulletin d'adhésion<sup>1</sup>     Demande de modification<sup>1</sup>

**Date d'effet du contrat : 01/01/2019**

**Cadre réservé à la MNT :**

N° contrat collectif : \_\_\_\_\_

N° groupe d'assurés : \_\_\_\_\_

ID MNT : \_\_\_\_\_

## MES INFORMATIONS PERSONNELLES

Mme\*     M.\*    Nom\* : \_\_\_\_\_ Prénom\* : \_\_\_\_\_

Nom de naissance\* : \_\_\_\_\_ N° adhérent : \_\_\_\_\_

Date de naissance\* : \_\_\_\_\_ Situation de famille<sup>1</sup> :  Célibataire     Marié(e)     Union     Divorcé(e)     Veuf(ve)

Adresse\* : \_\_\_\_\_

Code postal\* : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

N° Sécurité sociale\* : \_\_\_\_\_  Régime général\*<sup>1</sup>     Autre (à préciser)\*<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_

N° matricule : \_\_\_\_\_ Filière : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Date d'embauche\* : \_\_\_\_\_ Titulaire<sup>1</sup> :  oui  non     Retraité    Catégorie<sup>1</sup> :  A  B  C     SPP  PATS  SPV

## MON CHOIX DE GARANTIE MNT SANTÉ

Formule de Base     Formule améliorée

**Mode de paiement de la cotisation :**

**Pour les actifs :**  par prélèvement mensuel sur salaire. Dans ce cas, j'autorise mon employeur à prélever les cotisations dues sur mon salaire  
**Pour les retraités ou les sapeurs-pompiers volontaires :**  par prélèvement mensuel bancaire.

Date effet de l'adhésion\* : \_\_\_\_\_

## LES AUTRES BÉNÉFICIAIRES DE MON CONTRAT

	Nom*	Prénom*	Né(e) le	N° Sécurité sociale	Sexe <sup>1</sup>
<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 de la notice d'information du contrat, du barème de cotisation applicable le jour de l'adhésion, des notices d'information des garanties souscrites auprès d'autres organismes assureurs.

**J'accepte de recevoir des offres commerciales de la MNT<sup>1</sup> :**

par email     par téléphone     par courrier     par SMS

**J'accepte de recevoir des offres commerciales des partenaires de la MNT<sup>1</sup> :**

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 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 pouvez prendre connaissance de vos droits attachés à vos données en consultant la notice d'information qui vous a été remise, également accessible par envoi postal 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 14 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 le formulaire « adhésion à distance », dont je reconnais avoir reçu un exemplaire.

Mutuelle Nationale Territoriale, 4 rue d'Athènes - 75009 Paris  
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584, BA-SDIS34.

Fait en 2 exemplaires à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :



**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, À 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 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 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 contrat collectif (précisez le nom du contrat) conclu par le (dénomination du souscripteur) 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.