

BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUELLE

VALANT CERTIFICAT D'ADHESION

PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE DU PERSONNEL TERRITORIAL

- 1 exemplaire à conserver par l'agent.
- 1 exemplaire à envoyer à
- adhesions.prevoyance@relyens.eu

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

Madame Monsieur

Nom Prénom

Nom de naissance

Date de naissance CP, Ville et Pays de naissance.....

Situation de famille Nombre d'enfants à charge

Adresse

Code postal Ville

Téléphone E-mail* @

**Cet e-mail est utilisé pour accuser réception de votre adhésion et pour vous informer du règlement des indemnisations*

CNRACL IRCANTEC Agent de droit privé Assistant Familial

Temps complet Temps partiel Temps non complet Temps non complet -150h/trimestre

Titulaire Stagiaire Contractuel Catégorie hiérarchique C B A

N° matricule Date d'embauche dans la collectivité

Date d'effet de l'adhésion :

Au 1er jour du mois suivant la signature du bulletin d'adhésion individuelle sous réserve des conditions prévues au contrat. Les nouveaux agents peuvent adhérer le jour de la date d'entrée dans la collectivité sous réserve que le bulletin d'adhésion soit envoyé dans le mois suivant la date d'entrée

Situation de l'agent au moment de l'adhésion :

Activité normale de service Arrêt de travail pour raisons de santé

Conditions prévues au contrat :

L'adhésion au contrat intervient sans formalités dans le délai de 12 mois suivant : la date d'effet du contrat signé par la collectivité, la date de recrutement ou la date de retour dans la collectivité pour les agents qui n'étaient pas présents à la date d'effet du contrat. Pour que l'adhésion soit effective, l'agent doit compléter un bulletin d'adhésion, être en position d'activité et exercer ses fonctions. Les agents en congé maternité, paternité et d'adoption sont assimilés à des agents en activité. Passé ce délai de 12 mois, un délai de stage de 6 mois sera appliqué (ce délai n'est pas appliqué en cas d'incapacité consécutive à un accident). Toutefois, aucun délai de stage ne sera appliqué si l'agent est déjà bénéficiaire d'un contrat à garanties équivalentes et ce pour toute adhésion intervenant pendant la durée de la convention. De même aucun délai de stage ne sera appliqué pendant l'année de stage pour les agents contractuels qui seront recrutés sur un poste pérenne.

L'agent en arrêt de travail pour maladie ou accident à la prise d'effet du contrat :

- peut adhérer sans délai, dès sa reprise d'activité, pendant la 1ère année suivant la date d'effet du contrat s'il était précédemment garanti par un contrat maintien de salaire sous réserve qu'il ait demandé à adhérer au contrat dans les 12 mois suivant sa mise en place,

- peut adhérer, après une reprise de travail de 30 jours continus, pendant la 1ère année suivant la date d'effet, s'il n'était pas bénéficiaire d'un contrat maintien de salaire. Au-delà des 12 premiers mois, un délai de stage de 6 mois sera appliqué à compter de la date d'effet de l'adhésion. Toutefois, aucun délai de stage ne sera appliqué si vous êtes déjà bénéficiaire d'un contrat à garanties équivalentes. Ce délai n'est pas appliqué en cas d'incapacité consécutive à un accident

ASSIETTE DE COTISATION

TBI* + NBI* + RI*

*TBI : Traitement Brut Indiciaire – NBI : Nouvelle Bonification Indiciaire – RI : Régime indemnitaire

CHOIX DES GARANTIES

Garanties (cochez la formule choisie)	Taux de cotisation en pourcentage de l'assiette de cotisation
<ul style="list-style-type: none"> OPTION 1 : Incapacité temporaire totale de travail 	<input type="checkbox"/> 1.01 %
<ul style="list-style-type: none"> OPTION 2 : Incapacité temporaire totale de travail Invalidité permanente 	<input type="checkbox"/> 1.64 %
<ul style="list-style-type: none"> OPTION 3 : Incapacité temporaire totale de travail Invalidité permanente Décès/PTIA 	<input type="checkbox"/> 2.09 %
<ul style="list-style-type: none"> OPTION 4 : Incapacité temporaire totale de travail Invalidité permanente Perte de retraite Décès/PTIA 	<input type="checkbox"/> 2.44 %
<ul style="list-style-type: none"> OPTION 5 : Incapacité temporaire totale de travail Invalidité permanente Perte de retraite 	<input type="checkbox"/> 1.99 %
<ul style="list-style-type: none"> OPTION 6 : Incapacité temporaire totale de travail Décès/PTIA 	<input type="checkbox"/> 1.46 %

En cas d'adhésion à la garantie décès, le capital dû est attribué conformément à la clause par défaut prévue aux conditions générales et dans la notice d'information, suivant l'ordre de priorité ci-après : au conjoint survivant du membre participant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ; à défaut à la personne liée au membre participant par un pacte civil de solidarité ; à défaut aux enfants du membre participant nés ou à naître ; à défaut aux ascendants du membre participant ; à défaut aux héritiers du membre participant.

Pour toute désignation particulière de bénéficiaire(s), vous pouvez renseigner le formulaire de désignation joint en annexe du bulletin d'adhésion.

Déclaration de l'adhérent :

Je soussigné(e).....

- Déclare demander l'adhésion au contrat souscrit par mon employeur auprès du Groupe VYV ;

- Déclare avoir pris connaissance et reçu un exemplaire de la notice d'information ;

- Déclare avoir lu et compris chacune des déclarations et ci-dessous et certifie complets et exacts les renseignements portés sur ce document. Je déclare être informé(e) que toute réticence ou déclaration fautive ou inexacte peut entraîner la nullité de mon adhésion, conformément aux articles L.113-8 et L.113-9 du code des assurances ; Déclare être à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse et le justifie en produisant une attestation délivrée par les caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse concernées ;

- Reconnaiss être informé(e) que, conformément au code de la consommation, j'ai le droit de m'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui me permet de ne pas être démarché(e) par des professionnels avec lesquels je n'ai pas de contrats en cours (modalités sur www.bloctel.gouv.fr);

- Accepte par avance de fournir tout renseignement et pièce justificatives sur l'origine des fonds destinés au paiement des cotisations dans le cadre des obligations auxquelles est soumis tout assureur en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ;

- Reconnaiss avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance contenues dans la Notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. J'ai noté que j'ai la possibilité de renoncer au contrat dans les 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion au Contrat. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : Relyens Santé Prévoyance – Service Contrats Adhésions – CS 80006 – 18020 Bourges cedex. Je donne expressément mon accord pour une prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion au contrat ;

- Donne mon accord pour l'utilisation de la langue française pour toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, le Souscripteur et l'Assuré sont régies par le droit français ;

- Autorise les services compétents de mon employeur à fournir à Relyens les informations nécessaires à la gestion du contrat et à prélever les cotisations dues sur mon salaire ;

La MNT, Assureur, et Relyens, gestionnaire, sont chacun responsables (conjointement sur certains traitements), au sens du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) N°2016/679 du 27 avril 2016, ci-après « RGPD »), de traitements de données à caractère personnel vous concernant.

Les différents traitements mis en œuvre par Relyens et/ou l'assureur ont pour finalités :

- La gestion des contrats de prévoyance complémentaire et des appels de cotisations,

- L'exécution des garanties des contrats (gestion des prestations de prévoyance complémentaire)

- La gestion des réclamations clients

- L'exercice des recours et la gestion des contentieux

- L'évaluation par l'Assureur des engagements pris à l'égard des assurés

- L'élaboration des statistiques et études actuarielles

- L'exécution des obligations légales auxquelles sont soumis La MNT et Relyens (type LCB-FT, loi Eckert...)

- La gestion du dispositif de lutte contre la fraude de l'Assureur

- La gestion des services annexes au contrat d'assurance le cas échéant (type contrôle médical)

La licéité des traitements mis en œuvre repose sur :

- l'exécution du contrat d'assurance "prévoyance complémentaire du personnel territorial La MNT souscrit par votre employeur et auquel vous avez choisi d'adhérer, ainsi que, s'agissant du traitement de vos données de santé, sur les exceptions prévues à l'article 9 §2 b) du RGPD (gestion de services de protection sociale) ;

- le respect d'obligations légales incombant à La MNT et Relyens (ex : traitements mis en œuvre dans le cadre de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme),

- l'intérêt légitime, s'agissant notamment de la mise en œuvre du dispositif de lutte contre la fraude de l'assureur.

Vos réponses à l'ensemble des rubriques sont obligatoires ; à défaut Relyens serait dans l'impossibilité de procéder à votre adhésion au contrat d'assurance ou le temps de traitement pourrait être retardé. Certaines des données collectées et traitées par Relyens lui sont transmises par votre employeur. Vos données ainsi que, le cas échéant, celles des bénéficiaires désignés, sont destinées aux équipes de Relyens en charge de la gestion des contrats de prévoyance et autres personnels habilités, aux personnels habilités de La MNT, à votre employeur, ainsi que, pour les données qui les concernent, aux sous-traitants ou prestataires éventuels impliqués dans la mise en œuvre du traitement.

Vos données seront conservées :

- pendant la durée de votre adhésion au contrat de prévoyance complémentaire souscrit par votre employeur,

- cette durée étant augmentée à la fois de la durée des prescriptions légales ainsi que des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Par ailleurs et sous certaines conditions, vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement à la portabilité de vos données, ainsi que du droit de vous opposer audit traitement.

Vous pouvez exercer ces différents droits en justifiant de votre identité :

- sur les traitements pour lesquels Relyens est responsable en contactant son Délégué à la protection des données par courrier postal (Relyens – DPO – CS 80006 – 18020 Bourges Cedex)

ou par courrier électronique (privacy.sps@relyens.eu).

- sur les traitements dont La MNT est responsable en contactant directement le service Délégué à la Protection des Données par courrier (MNT - Délégué à la Protection des Données, 4 rue d'Athènes, 75009 Paris) ou par courriel (dpo@mnt.fr). Les réclamations touchant au traitement de vos données à caractère personnel pourront également être adressées au service Délégué à la Protection des Données. En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

Fait à le.....

Signature obligatoire de l'agent

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où le preneur est informé que le contrat est conclu. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : Relyens Santé Prévoyance, Service Contrats Adhésions - CS 80006 - 18020 BOURGES Cedex. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre de renonciation ci-après : « Je soussigné(e) demeurant à déclare renoncer à mon adhésion dont la date d'effet est fixée à .../.../... et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où je suis informé(e) que le contrat est conclu. Date Signature »