

BULLETIN D'ADHÉSION CSMR - Sécurité ou Confiance AU CONTRAT N° 93006 PNA 01 SOUSCRIT PAR LA CCAS

À retourner à : SOLIMUT Mutuelle de France - Service CSMR - TSA 21123 - 06709 Saint-Laurent-du-Var Cedex

Référence adhérent SOLIMUT Mutuelle de France antérieure, le cas échéant : 30 / NIA /

Les personnes indiquées sont nécessairement ayants droit Camieg (conjoint à faibles ressources, enfants à charge au sens de l'Assurance Maladie).

INFORMATIONS

N° de Sécurité sociale / /	Nom (en majuscules) Adhérent Conjoint	Prénom (en majuscules)	Date de naissance / /
Si votre conjoint est ouvrant droit au titre des activités sociales de la CCAS, veuillez indiquer son NIA / /			
1 ^{er} enfant / /	2 ^e enfant / /		
Résidence / bâtiment		Appartement / étage	
Adresse			
Code postal	Commune	Pays	
Fixe domicile	Mobile	E-mail	

Ayant communiqué vos coordonnées téléphoniques à SOLIMUT Mutuelle de France, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique : bloctel.gouv.fr

Je souhaite recevoir mes relevés de prestations (par défaut consultable sur mon espace personnel SOLIMUT) :

par courrier à mon domicile par consultation directement sur mon espace personnel SOLIMUT

Je souhaite recevoir mes informations réglementaires (par défaut consultable sur mon espace personnel SOLIMUT) :

par courrier à mon domicile par consultation directement sur mon espace personnel SOLIMUT

ÉLÉMENTS INDISPENSABLES POUR LE CALCUL DE LA PART DE LA COTISATION À VOTRE CHARGE :

Cotisation mensuelle 2019 avant contribution article 25 > Isolé : 44,65 € Famille : 82,98 €

Réservé à la mutuelle
Tranche /

Dernier revenu fiscal de référence 2018 / / € (1) Nombre de parts / (2) Division (1)/(2) / /

Je certifie que moi ou mon conjoint* avons également souscrit un contrat Dépendance en vigueur proposé par la CCAS Non Oui

Je certifie que moi ou mon conjoint* avons également souscrit un contrat Obsèques en vigueur proposé par la CCAS Non Oui

Cotisation mensuelle après contribution article 25 : / / €

Je suis bénéficiaire de la réduction supplémentaire du fonds IDCP Non Oui pour une valeur mensuelle de / / €

Mon conjoint* est bénéficiaire de la réduction supplémentaire du fonds IDCP Non Oui pour une valeur mensuelle de / / €

Cotisation mensuelle finale CSMR sans option / / , / / / € (après réduction IDCP le cas échéant)

* dans le cadre d'une adhésion à la Formule Famille

AU CHOIX L'UNE DES OPTIONS FACULTATIVES DE RENFORT SÉCURITÉ OU CONFIANCE

4 ^e niveau après la part CSMR pour des remboursements complémentaires		
<input type="checkbox"/> Sécurité	Formule Isolé ⁽¹⁾ Cotisation mensuelle	Formule Famille ⁽²⁾ Cotisation mensuelle
<input type="checkbox"/> Confiance	7,00 €	14,00 €
	16,00 €	32,00 €

OU

⁽¹⁾ Si vous avez choisi la « Formule Isolé » pour CSMR, votre option Sécurité ou Confiance se basera également sur une « Formule Isolé ».

⁽²⁾ Si vous avez choisi la « Formule Famille » pour CSMR, votre option Sécurité ou Confiance se basera également sur une « Formule Famille ».

J'ai bien noté que les montants de l'abondement dont je bénéficie et de la réduction éventuelle supplémentaire IDCP dont mon conjoint et/ou moi-même bénéficions concernent l'année 2019 et sont révisables annuellement.

Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la notice d'information au contrat CSMR 93006 PNA 01.

Je soussigné(e) demande pour moi-même et les personnes ci-dessus désignées l'adhésion à la mutuelle SOLIMUT Mutuelle de France dont j'ai pris connaissance des statuts. Je certifie l'exactitude des éléments indiqués. Je m'engage à me conformer aux dispositions statutaires de SOLIMUT Mutuelle de France et, notamment à transmettre toutes informations me concernant, nécessaires à la mise en œuvre du service NOEMIE (transmission automatique des décomptes de la Camieg). Dans le cas contraire, j'informe le Service Adhésion de SOLIMUT Mutuelle de France de mon refus.

Je dispose d'un délai de rétractation d'un mois à compter de la date d'effet de mon adhésion.

Les prestations seront payées par virement et les cotisations prélevées sur le compte dont je joins un relevé d'identité bancaire (RIB).

J'accepte d'être informé(e) et de recevoir des communications et informations sur les services de SOLIMUT Mutuelle de France.

J'accepte d'être informé(e) et de recevoir des offres commerciales de SOLIMUT Mutuelle de France.

Fait à le / /

Signature de l'assuré(e) :
(à faire précéder de la mention « lu et approuvé »)

Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (« RGPD ») et Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par SOLIMUT Mutuelle de France, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs.

Les informations recueillies par la Mutuelle sont exclusivement utilisées dans le cadre de la conclusion de la Notice d'Information ou d'un contrat ; de la gestion (y compris commerciale) ; de l'exécution par la Mutuelle de ses obligations ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients.

Dans ce cadre, elles peuvent être communiquées aux organismes gérant le tiers payant, aux autres organismes assureurs auprès desquels l'assuré(e) est garanti(e), aux intermédiaires d'assurances, partenaires, réassureurs et organismes gestionnaires du Régime Obligatoire. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. Les informations recueillies seront conservées pendant une durée qui n'excèdera pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées. Le membre participant et tout assuré(e), dont des données personnelles sont conservées par la Mutuelle, dispose :

- d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'opposition sur les informations le concernant ;
- du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication des données à caractère personnel après son décès.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de SOLIMUT Mutuelle de France, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

vous pouvez demander communication et rectification de toute information le concernant sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle en s'adressant par courrier accompagné de la copie d'un titre d'identité en cours de validité auprès de SOLIMUT Mutuelle de France

Vos données seront conservées durant toute la durée de la vie contractuelle, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (<https://www.solimut-mutuelle.fr/traitement-donnees-personnelles>).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer.

Vous pouvez exercer ces différents droits (i) en vous rendant sur le site Internet « <https://www.solimut-mutuelle.fr/traitement-donnees-personnelles> », ou (ii) en contactant directement le service DPO par courrier (DPO - SMF - UGM Solimut 146A avenue de Toulon 13 010 Marseille) ou par courriel (dpo.smf@solimut.fr).

Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

Les réclamations touchant à la collecte ou au traitement de vos données à caractère personnel pourront être adressées au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. 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 de l'assuré(e) :
(à faire précéder de la mention « lu et approuvé »)