

BULLETIN D'ADHESION

ADHERENT(E) :

N° Sécurité Sociale (SS) : _____ Clé : _____

N° d'adhérent SAFRAN (Si ancien(ne) salarié(e) du groupe SAFRAN) : **62**- _____

Civilité : ____ Nom de naissance : _____ Nom Marital : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : ____/____/____ à _____

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ En couple ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e)

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° Téléphone : _____ E-mail : _____

Date souhaitée d'adhésion : ____ / ____ / ____

La prise d'effet de l'adhésion se fera, soit le 1er jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion, soit à la date d'adhésion souhaitée et renseignée à la rubrique « date d'adhésion souhaitée », **sans rétroactivité** et sous réserve de la fourniture de l'ensemble des pièces justificatives à fournir, nécessaire pour l'enregistrement de mon adhésion.

Statut : ☐ Actif(ve) ☐ Retraité(e)

Je suis une Personne Politiquement Exposée (PPE*) : ☐ Oui ☐ Non

(***RÉPONSE OBLIGATOIRE**) PPE : Personne exposée à des risques particuliers en raison des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives qu'elle exerce ou a exercées pour le compte d'un État ou de celles qu'exercent ou ont exercées des membres directs de sa famille ou des personnes connues pour lui être étroitement associées.

GARANTIE SOUSCRITE :

(Le détail des garanties est disponible sur notre site internet : www.mftgs.fr)

Contrat souscrit **si Actif(ve)** :

☐ AZUR ☐ JADE ☐ OCRE ☐ OR ☐ PLATINE

Contrat souscrit **si Retraité(e)** :

☐ R300 ☐ R320 ☐ R340 ☐ R380 ☐ R400

Votre site de gestion : ☐ Évry – Corbeil ☐ Gennevilliers ☐ Vélizy

AYANT(S)-DROIT(S) :

Lien	Nom	Prénom	Date de naissance	N° Sécurité Sociale
Conjoint				
Enfant				
Enfant				
Enfant				
Enfant				
Enfant				

DEVOIR D'INFORMATION ET DE CONSEIL :

À lire attentivement et à compléter :

Avant de signer le bulletin d'adhésion, il est important :

- de poser toutes les questions que vous estimez nécessaires à un gestionnaire MFTGS, et de compléter le questionnaire relatif à la connaissance de l'adhérent disponible sur notre site www.mftgs.fr,
- de lire attentivement le tableau des garanties, les statuts et le règlement mutualiste, aux limites des prestations, aux exclusions et les conditions de prise en charge de mes ayants-droits.

Je souhaite adhérer à la Mutuelle pour moi-même et les personnes mentionnées ci-dessus.

Je déclare avoir répondu avec exactitude aux renseignements concernant mon identification.

Je reconnais avoir pris connaissance :

- des garanties ;
- des statuts et règlements mutualistes ;
- des conditions de prise en charge de mes ayants-droits.

Je reconnais préalablement à la signature du bulletin d'adhésion :

- Avoir pris connaissance du document IPID, afférent à la garantie, avant la souscription de cette dernière.
- Que la Mutuelle a respecté son devoir de conseil en me proposant une garantie en adéquation avec mes besoins.

Je comprends que les données collectées par le présent formulaire sont utilisées à des fins de gestion administrative.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur ces données. Vous pouvez exercer vos droits en contactant la mutuelle par courrier.

Cadre réservé aux bénéficiaires du Régime Général de Sécurité Sociale

Télétransmission NOEMIE : ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez une 1^{ère} mutuelle, merci de préciser son nom et ses coordonnées :

Pour les remboursements opérés par la MFTGS, le refus de télétransmission vous engage à transmettre vos décomptes émis par votre régime obligatoire de Sécurité Sociale, accompagnés des décomptes de votre 1^{ère} mutuelle.

Vous souhaitez recevoir le journal mutualiste « VIVA » : ☐ Oui ☐ Non

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Signature de l'Adhérent :

Ratios et frais de gestion :

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties et pour le financement des frais de gestion.

Cotisations Hors Taxes	100%
Redistribution Prestations	84,48%
Frais de gestion	10,85%
Résultat	4,67%

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information adhérent, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Liste des documents à fournir pour votre adhésion à la MFTGS

Afin de procéder à l'enregistrement de votre demande d'adhésion dans les meilleurs délais, nous vous invitons à nous retourner le bulletin d'adhésion dûment **complété et signé**, accompagné de toutes les pièces suivantes :

NB : En absence de ces documents, votre adhésion à la MFTGS ne sera pas prise en compte.

INFORMATIONS PRATIQUES ET PIÈCES À FOURNIR :

Pour l'adhérent(e) principal(e) :

- Le présent bulletin dans son intégralité (pages 1 à 7) dûment complété et signé
- Une photocopie de la pièce d'identité en cours de validité (Carte d'Identité, Passeport,...)
- Un Relevé d'Identité Bancaire
- Une photocopie de l'attestation de droit à la Sécurité Sociale ou autres régimes obligatoires (MGEN, MSA...) en cours de validité
- Une Notification de retraite (si vous êtes retraité(e))
- Un certificat de radiation de l'ancienne mutuelle

Pour le conjoint, pacsé, concubin :

- Une photocopie de la pièce d'identité en cours de validité (Carte d'Identité, Passeport,...)
- Un Relevé d'Identité Bancaire si les remboursements doivent être effectués sur un compte bancaire différent de celui de l'adhérent(e)
- Une photocopie de l'attestation de droit à la Sécurité Sociale ou autres régimes obligatoires (MGEN, MSA...) en cours de validité

Pour les enfants :

- Une photocopie de la pièce d'identité en cours de validité (Carte d'Identité, Passeport,...)
- Une photocopie de la carte d'invalidité pour les enfants en situation de handicap,
- Un Relevé d'Identité Bancaire si les remboursements doivent être effectués sur un compte bancaire différent de celui de l'adhérent(e)
- Une photocopie de l'attestation de droit à la Sécurité Sociale ou autres régimes obligatoires (MGEN, MSA...) en cours de validité
- Une attestation de scolarité pour les enfants de 16 ans et plus

Bulletin d'adhésion à retourner à votre bureau de rattachement

☐ Corbeil

Adresse postale :
Safran Aircraft Engines
À l'attention de MFTGS
BP 151
91005 EVRY CEDEX

☐ Gennevilliers

Adresse postale :
Safran Aircraft Engines
À l'attention de MFTGS
171 Boulevard de Valmy – BP31
92702 COLOMBES CEDEX

☐ Vélizy

Adresse postale :
Safran Landing Systems
À l'attention de MFTGS
Inovel Parc Sud – BP70053
78141 VELIZY CEDEX

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter notre site internet : www.mftgs.fr

JE VALIDE ET JE SIGNE MON ADHESION

Synthèse à compléter et à signer

☐ MES DROITS ET OBLIGATIONS

J'ai été informé(e) de l'ensemble de mes droits et obligations par la remise préalable à mon adhésion, d'un exemplaire des Statuts, du Règlement Intérieur, du Règlement Mutualiste, des tableaux de garanties MFTGS, de l'IPID afférent à la garantie souscrite, des conditions de rémunération du conseiller auprès duquel j'ai souscrit la présente garantie et, d'autre part des informations des garanties MFTGS, et, d'autre part des informations précontractuelles (article L.221-18 du Code de la mutualité). (Disponibles sur le site www.mftgs.fr)

☐ DEVOIR D'INFORMATION ET DE CONSEIL

Je reconnais avoir choisi librement la garantie qui correspond à mes besoins de protection, à ma situation personnelle, à ma situation financière et avoir obtenu une réponse explicite à mes différentes questions au regard de l'obligation de conseil. (Cf. Questionnaire relatif à la connaissance de l'adhérent disponible sur www.mftgs.fr)

☐ EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS TRANSMIS

Je déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués dans le présent bulletin d'adhésion et avoir pris connaissance des différentes garanties.

☐ PRISE D'EFFET DES GARANTIES ET RESILIATION

J'ai été informé(e) que la prise d'effet des garanties se fera, soit le 1er jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion, soit à la date d'adhésion souhaitée et renseignée à la rubrique « date d'adhésion souhaitée », **sans rétroactivité** et sous réserve de la fourniture de l'ensemble des pièces justificatives à fournir, nécessaire pour l'enregistrement de mon adhésion.

Après expiration d'un délai d'un an suivant la prise d'effet de la présente adhésion, je peux dénoncer cette dernière, sans frais ni pénalités, dans les conditions visées à la notice d'information, conformément aux modes de résiliation visés à l'article L 221-10-3 du code de la Mutualité.

Dans ce cas, la dénonciation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification.

Je peux également dénoncer mon adhésion à l'échéance annuelle moyennant un préavis de 2 mois.

□ DÉLAI DE RENONCIATION À MON ADHÉSION

Je suis informé(e) qu'à compter de la prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle, je peux renoncer librement à mon adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de réception des conditions d'adhésion et informations légales afférentes à sa garantie. (Vente à distance dans les conditions de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité).

Il est toutefois précisé qu'il ne peut plus exercer ce droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat. L'exercice du droit de renonciation entraîne l'annulation rétroactive du contrat.

Voici un modèle de formulaire type de renonciation à envoyer à l'attention de la MFTGS – Site SAFRAN AIRCRAFT ENGINES - BP 151 - 91005 EVRY CEDEX : « Madame, Monsieur, En application de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, je vous informe par le présent courrier user de ma faculté de renonciation aux garanties proposées dont les conditions d'adhésion et informations légales me sont parvenues en date du ..., le cachet de La Poste faisant foi. Cette rétractation prend effet à la date prévu au contrat. Veuillez agréer, / Lieu – Date – Nom – Prénom – Signature ».

□ INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

J'autorise la mutuelle à utiliser et communiquer mes données personnelles. Les informations recueillies sont obligatoires pour une adhésion à la mutuelle et un défaut des informations demandées empêchera une adhésion à celle-ci. Les informations sont exclusivement utilisées dans le cadre de la passation des contrats, la gestion et l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet. Elles peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels l'adhérent bénéficie de garanties (Mondial Assistance), ainsi qu'aux délégataires de gestion, partenaires, prestataires. 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'excédera pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée et au Règlement Européen sur la Protection des Données Personnelles (UE) n°2016/679 du 27 Avril 2016, l'adhérent, ou toute personne dont des données personnelles sont conservées par la Mutuelle, dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et d'effacement sur les informations le concernant. Il pourra exercer ce droit d'accès, de rectification, d'opposition ou d'effacement en s'adressant :

- A la mutuelle à l'adresse de son siège social : MFTGS – Site Safran Aircraft Engines - BP 151 - 91005 EVRY CEDEX.
- Soit à l'attention du Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle dont les coordonnées sont les suivantes :
 - Groupe ENTIS MUTUELLES - 39 rue du Jourdil - Cran-Gevrier - CS 59029 - 74991 ANNECY Cedex 9.

Les données personnelles sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à l'expiration des délais de prescription légaux.

L'adhérent a le droit d'introduire une réclamation concernant ses droits auprès de la CNIL (Commission Informatique et Libertés - 3 Place de Fontenoy - 75007 Paris).

□ SERVICES ASSOCIES :

En adhérant à la MFTGS, vous bénéficiez de services inclus dans vos garanties :

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ France PREVOYANCE ASSISTANCE |  | <ul style="list-style-type: none">• 09 69 39 72 74 N° cristal appel non surtaxé• 09 77 40 85 20 N° fixe classique |
| <hr/> | | |
| ☐ Action Sociale |  | <ul style="list-style-type: none">• 05 33 52 19 54 |
| <hr/> | | |
| ☐ Tiers-Payant ALMERYS | | |

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

A compléter

AUTORISATION DE PRELEVEMENT BANCAIRE

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise la MFTGS à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de la MFTGS. Je bénéficie du droit d'être remboursé(e) par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit-être présentée : dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

TITULAIRE DU COMPTE	DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER
Nom :	IBAN (Numéro d'identification international du compte bancaire)
Prénom :	N° :
Adresse :	BIC (Code International d'identification de votre banque) N° :
Code Postal :	Paiement récurrent / répétitif ☐ OUI
Ville / Pays :	La mutuelle m'informe du 1 ^{er} montant qui sera prélevé dans un délai de 10 jours avant le prélèvement ☐ OUI
ORGANISME CREANCIER MFTGS – Site SAFRAN AIRCRAFT ENGINES - BP 151 91005 EVRY CEDEX	Date de prélèvement 10 du mois IDENTIFICATION CREANCIER SEPA FR17ZZZ626518

JE CONFIRME ET JE VALIDE MON ADHESION MFTGS

Date souhaitée d'adhésion : ____ / ____ / ____

La prise d'effet de l'adhésion se fera, soit le 1er jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion, soit à la date d'adhésion souhaitée et renseignée à la rubrique « date d'adhésion souhaitée », sans rétroactivité d'adhésion et sous réserve de la fourniture de l'ensemble des pièces justificatives à fournir, nécessaire pour l'enregistrement de mon adhésion.

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Signature de l'Adhérent :

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

Siège Social MFTGS – Site de Safran Aircraft Engines - BP 151 - 91005 EVRY CEDEX