



# Bulletin d'adhésion individuel

Membre Union  
**viamut**

RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

N° Contrat \_\_\_\_\_

Date adhésion \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Renseignements vous concernant

Monsieur  Madame

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Nom de naissance (si différent) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Situation familiale :  Marié(e)  Pacs  Vie maritale  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)  Célibataire

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Caisse d'affiliation :  CPRP SNCF \_\_\_\_\_ Clé : \_\_\_\_

Situation SNCF :  Actif SNCF  Retraité SNCF \_\_\_\_\_ EPIC de rattachement :  SNCF Mobilité  SNCF Réseau  
 Cadre  Non Cadre  Autres  EPIC SNCF  Autre

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

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél fixe : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ Tél port. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Ayants droit : personnes que vous souhaitez assurer

Conjoint(e)  Concubin(e)

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Nom de naissance (si différent) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Caisse d'affiliation :  CPRP SNCF : \_\_\_\_\_ Clé : \_\_\_\_  Régime local

Situation SNCF :  Actif SNCF  Retraité SNCF \_\_\_\_\_ EPIC de rattachement :  SNCF Mobilité  SNCF Réseau  
 Cadre  Non Cadre  EPIC SNCF  Autre

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

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél fixe : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ Tél port. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Enfants

| Nom -Prénom | Né(e) le           | Régime   |
|-------------|--------------------|--|
| 1. _____    | ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> CPRP SNCF <input type="checkbox"/> Sécurité sociale <input type="checkbox"/> Régime local |
| 2. _____    | ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> CPRP SNCF <input type="checkbox"/> Sécurité sociale <input type="checkbox"/> Régime local |
| 3. _____    | ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> CPRP SNCF <input type="checkbox"/> Sécurité sociale <input type="checkbox"/> Régime local |
| 4. _____    | ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> CPRP SNCF <input type="checkbox"/> Sécurité sociale <input type="checkbox"/> Régime local |

## Couverture choisie

Je reconnais avoir pris connaissance des conseils de Mutuelle Entrain au regard de mes besoins de protection sociale et de ma situation personnelle/familiale connue à ce jour, et avoir choisi en toute connaissance de cause la garantie cochée ci-dessous :

Formule 1  Formule 2  Formule 3 **Tarif TTC : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ euros**

Pour les cheminots actifs :  libre choix médecin  médecin SNCF

Je souhaite bénéficier de relevés de prestations santé dématérialisés disponibles dans mon espace personnel :  OUI  NON

(si j'y renonce, je recevrai périodiquement un relevé récapitulatif par courrier)

J'autorise le transfert d'informations entre l'Assurance Maladie Obligatoire et Mutuelle Entrain ou son délégataire de gestion (convention disponible sur simple demande), 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 Mutuelle Entrain 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 »

« \_\_\_\_\_ »

J'autorise Mutuelle Entrain à prélever le montant de mes cotisations :

- Par précompte sur mon salaire ou sur ma retraite
- Sur mon Compte Bancaire ou Postal



[www.mutuelle-entrain.fr](http://www.mutuelle-entrain.fr)  
ACCESSIBLE INTRANET

0 809 40 54 54

Service gratuit  
+ prix appel





# Bulletin d'adhésion individuel

Membre Union  
**viamut**

Vos données à caractère personnel font l'objet de traitements informatiques mis en œuvre par Mutuelle Entrain permettant de traiter votre adhésion, de gérer et exécuter votre contrat mutualiste.

Ces données à fournir ont un caractère obligatoire et toutes données manquantes ou champs non complétés ne permettront pas à Mutuelle Entrain de traiter votre bulletin d'adhésion. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit ou la réduction des indemnités versées. Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre e-mail si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vos données à caractère personnel peuvent également être collectées et transférées aux prestataires de Mutuelle Entrain (Ex : ALMERYs) habilités à traiter vos données, ainsi qu'à ses partenaires (Ex : MIF) aux fins de vous informer de leurs offres de produits et services.

**Je consens à ce que la collecte et le traitement de mes données à caractère personnel soient effectués selon les modalités indiquées ci-dessus :  (cocher la case)**

**Je consens, au titre de mon autorité parentale, à la collecte et au traitement des données à caractère personnel de mes enfants de moins de 16 ans :  (cocher la case)**

Nous veillons à conserver vos données à caractère personnel pendant une durée qui n'excède pas la durée nécessaire aux finalités exposées ci-dessus ou conformément à ce qui est prévu par la loi applicable. Vos données sont donc conservées pendant une durée de trois ans à compter de leur collecte ou du dernier contact ou de la fin de votre contrat mutualiste. Au terme de ce délai de trois ans, nous sommes susceptibles de reprendre contact avec vous afin de savoir si vous souhaitez continuer à recevoir des sollicitations commerciales. En l'absence de réponse positive et explicite de votre part, les données vous concernant seront supprimées.

Les données à caractère personnel permettant d'établir la preuve d'un droit ou d'un contrat, ou conservées au titre du respect d'une obligation légale sont archivées conformément aux dispositions en vigueur.

Conformément à la réglementation française et européenne relatives à la protection des données à caractère personnel, vous pouvez exercer sans frais votre droit d'accès aux données à caractère personnel vous concernant et, le cas échéant, vos droits de rectification, de portabilité et de suppression de celles qui sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou dont la collecte, l'utilisation, la communication ou la conservation est interdite. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données à caractère personnel.

Vous disposez également du droit de définir des directives générales ou particulières relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès ainsi qu'à leur droit d'accès aux tiers désignés pour l'établissement d'un préjudice que vous auriez subi de votre vivant et dont vous souhaiteriez obtenir réparation postérieurement à votre décès auprès des juridictions compétentes. Seules les directives particulières relatives au traitement de données à caractère personnel mis en œuvre par Mutuelle Entrain seront enregistrées par celle-ci sous réserve de votre consentement. Vous pouvez exercer ces droits, par courrier adressé au Service DPD à l'adresse suivante : 5 Boulevard Camille Flammarion 13001 MARSEILLE, ou par e-mail à l'adresse [dpd@mutuelle-entrain.fr](mailto:dpd@mutuelle-entrain.fr). A défaut, vous avez le droit d'introduire une réclamation devant la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

## INFORMATION SUR LA FACULTÉ DE RENONCIATION :

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité, en cas d'adhésion à distance, vous pouvez renoncer à votre adhésion pendant 14 jours calendaires révolus :

- soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet,
- soit à compter du jour où vous avez reçu les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L 121-28 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure au jour d'adhésion.

Pour cela, il vous suffit d'adresser au siège de la mutuelle sise Le Massilia -5 boulevard Camille Flammarion 13001 Marseille, une lettre recommandée avec avis de réception indiquant : « **Je soussigné(e) Mr/Mme** \_\_\_\_\_

**(Nom, Prénom, adresse, N° d'adhérent) déclare renoncer à mon adhésion à \_\_\_\_\_ (Indiquer la garantie concernée) et demande le remboursement des cotisations versées.**

Le \_\_\_\_\_ (Date et signature). »

En cas de renonciation,

- Si des cotisations ont été perçues, la mutuelle vous remboursera dans un délai de 30 jours à compter de la demande de renonciation.
- Si des prestations ont été versées, vous vous engagez à rembourser à la mutuelle les montants perçus dans un délai de 30 jours et à retourner vos cartes de tiers payant.

**J'atteste avoir été informé(e) de mes droits et obligations, préalablement à la signature du présent bulletin d'adhésion, par la remise préalable des statuts et du règlement mutualiste, ou bien d'une fiche d'information sur le règlement (décrivant les droits et obligations réciproques), ainsi que de la notice d'information du contrat d'assistance et celle de l'allocation Obsèques (selon garantie).**

Fait en deux exemplaires

L'adhérent :

à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature