

BULLETIN D'ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF SANTE

Je, soussigné(e), _____

domicilié(e) _____

Adresse mail _____

N° Sécurité Sociale _____

Téléphone fixe _____

Téléphone mobile _____

Je souhaite recevoir mes décomptes par mail.

Votre adresse électronique pourra être utilisée pour l'envoi d'information sur les produits et services offerts par la **Mutuelle d'Ouest-France** sauf si vous vous y opposez en cochant la case ci-contre

adhère à la mutuelle d'Ouest-France à compter du _____.

Mes ayants droit bénéficiaires du contrat de santé sont désignés dans le cadre ci-dessous :

Nom Prénom	Date de naissance	N° de régime obligatoire (Cf. attestation carte Vitale)	Centre de régime obligatoire (Cf. attestation carte Vitale)

Je m'engage à me soumettre aux statuts et règlements de la mutuelle d'Ouest-France. Par ailleurs, j'ai pris connaissance de la notice de la mutuelle jointe à mon contrat de travail.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature de l'adhérent

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Pièces à joindre au présent bulletin

Un relevé d'identité bancaire

L'attestation de Carte Vitale de l'adhérent et des ayants droit

Une copie du livret de famille, du PACS ou une attestation de concubinage, selon situation

Les informations recueillies sur ce bulletin vous sont demandées afin de permettre la gestion de votre adhésion et l'affiliation de vos ayants-droits. Vos coordonnées téléphoniques et votre adresse mail sont demandées à titre facultatif afin d'améliorer la qualité du service. L'ensemble des autres données est indispensable au traitement de votre adhésion. Les données fournies sont destinées à la **mutuelle d'Ouest-France**, ainsi qu'aux éventuels sous-traitants et prestataires impliqués dans la gestion du contrat, et utilisées aux fins et selon les modalités de conservation et d'hébergement précisées dans la **notice d'information**, de passation et de gestion du contrat ainsi que pour garantir le respect par la Mutuelle de ses obligations légales.

Conformément à la réglementation en vigueur, vous, ainsi que vos ayants-droits, disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de portabilité de vos données personnelles, et pouvez décider de leur sort après votre décès. Vous disposez en outre d'un droit au retrait de votre consentement et, pour des motifs légitimes, d'un droit à la limitation des traitements, d'un droit d'effacement et d'un droit d'opposition. Vous pouvez exercer vos droits auprès du responsable Protection des données de la Mutuelle par email à l'adresse rgpd@mutuelle-ouestfrance.fr ou par courrier postal à l'attention du DPO de la mutuelle d'Ouest-France à l'adresse ci-dessus, en joignant à votre demande la copie d'un justificatif d'identité.

En cas de réclamation relative au traitement de vos données personnelles et à l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).