



DEMANDE D'ADHÉSION

FONGECFA Santé

Mutuelle régie par le livre II

du Code de la Mutualité

SIREN 431 875 210

GROUPE KLESIA

CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE SOUSCRIT PAR
LE FONGECFA-TRANSPORT AUPRÈS DE LA MUTUELLE CARCEPT PREV

**Pour toute question, appelez-nous du lundi au vendredi,
de 9h à 12h et de 14h à 17h au : 0972723730 (appel non surtaxé)**

Zone réservée à l'apporteur :

Nom :

Prénom :

Code int :

Participation :

ADHÉRENT PRINCIPAL

voir explications au verso

Nom : Prénom :

Date de naissance :

N° de Sécurité sociale : _____

Adresse :

Code postal : Ville :

Numéro de téléphone :

E-mail :

En indiquant mon adresse e-mail, je donne mon accord pour recevoir des informations et offres de nature commerciale en provenance de KLESIA. Je pourrai m'y opposer à tout moment.

Date de fin de Congé de Fin d'Activité : _____

AUTRES BÉNÉFICIAIRES

Si vous adhérez en couple, votre conjoint bénéficie d'une réduction de 10 % sur sa cotisation pendant toute la durée de votre adhésion au contrat FONGECFA Santé.

CONJOINT	NOM	PRÉNOM	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE
Date de naissance : <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	-		<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> Clé <div> <div></div> <div></div> </div>
ENFANTS	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE
1 ^{er} enfant			<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F </div>
2 ^e enfant			<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F </div>
3 ^e enfant (gratuit)			<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F </div>

CHOIX DE LA GARANTIE

→ Je choisis ma formule : ☐ ECO ☐ F100 ☐ F150 ☐ F200 ☐ F250

→ Je choisis la périodicité de mes cotisations : ☐ mensuelle ☐ trimestrielle

→ Je choisis de payer mes cotisations par : ☐ prélèvement automatique (compléter le mandat de prélèvement SEPA et joindre un RIB récent)

Si vous n'avez pas opté pour le prélèvement automatique, vos chèques devront nous parvenir avant le 10 du mois de la périodicité choisie, à l'ordre de Mutuelle Carcept Prev.

→ Mon adhésion au contrat FONGECFA Santé prendra effet le 1^{er} jour du mois en cours si ma demande d'adhésion est réceptionnée par la Mutuelle Carcept Prev entre le 1^{er} et le 15 du mois. Si la demande d'adhésion est réceptionnée entre le 16 et le 31 du mois, la date d'effet est le 1^{er} jour du mois suivant.

Si je souhaite une date d'effet ultérieure, je l'indique ci-après : 01 | 20

La date d'effet ne peut être antérieure à la date d'entrée dans le dispositif du Congé de Fin d'Activité.

DATE _____

Je soussigné(e) déclare être allocataire FONGECFA-Transport au titre du Congé de Fin d'Activité et avoir pris connaissance de la Notice d'information du contrat collectif FONGECFA Santé. Je peux renoncer à mon adhésion dans les 30 jours qui suivent la date figurant sur le courrier accompagnant le certificat d'adhésion qui me sera adressé. Dans ce cas, toute cotisation éventuellement prélevée sera remboursée, sous réserve que je n'aie bénéficié d'aucune prestation FONGECFA Santé. Je reconnais avoir été informé(e) que les statuts du FONGECFA-Transport et de la Mutuelle Carcept Prev sont consultables sur demande et m'engage à informer mon conjoint de ses droits relatifs à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978.

SIGNATURE (précédée de la mention «Lu et approuvé»)


Mutuelle Carcept Prev - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité - immatriculée sous le numéro SIREN 431 875 210 - située 4 rue Georges Picquart - 75017 Paris - **FONGECAF-Transport Fonds de gestion du Congé de Fin d'Activité** - Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 - Siège social : 4 rue Georges Picquart - 75017 Paris. Conformément à la loi n°17 du 6 janvier 1978 modifiée, les informations transmises via ce formulaire sont destinées à Mutuelle Carcept Prev en sa qualité de responsable du traitement, et pourront être transmises aux entités du Groupe de protection sociale KLESIA ainsi qu'à ses éventuels réassureurs, prestataires, délégataires de gestion et partenaires commerciaux. Les données sont collectées avec votre consentement dans le cadre de notre relation contractuelle à des fins de gestion et de prospection commerciale, à l'exclusion du NIR, et pourront également être utilisées à des fins de lutte contre la fraude. Les données sont conservées durant la relation contractuelle, puis jusqu'aux termes des délais de prescription. Vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente ainsi qu'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité et d'opposition pour motif légitime aux données personnelles vous concernant. Pour exercer ce droit, merci d'effectuer votre demande auprès de : KLESIA - Service INFO CNIL - CS 30027 - 93108 MONTREUIL Cedex, ou par courriel à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr. Par ailleurs, nous vous informons, que conformément au Code de la consommation, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL à l'adresse suivante : www.bloctel.gouv.fr.

POUR ADHÉRER À FONGECFA Santé c'est très simple

1 COMPLÉTEZ VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION AU RECTO, EN N'OUBLIANT PAS DE COCHER LA FORMULE ET LE MODULE QUE VOUS CHOISISSEZ, DE DATER ET DE SIGNER.

Si vous souhaitez faire bénéficier votre conjoint et/ou vos enfants de vos garanties, complétez cette partie.

Cochez une case pour indiquer si vous préférez un prélèvement de votre cotisation chaque mois ou chaque trimestre.



carcept prev
GROUPE KLESIA

DEMANDE D'ADHÉSION FONGECFA Santé

CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE SOUSCRIT PAR
LE FONGECFA-TRANSPORT AUPRÈS DE LA MUTUELLE CARCEPT PREV

Pour toute question, appelez-nous du lundi au vendredi,
de 9h à 12h et de 14h à 17h au : 0972723730 (appel non surtaxé)

Mutuelle Carcept Prev
Mutuelle régie par le livre II
du Code de la Mutualité
SIREN 431 875 210

Zone réservée à l'apporteur :

Nom : _____
Prénom : _____
Code int : _____
Participation : _____

ADHÉRENT PRINCIPAL voir explications au verso

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Numéro de téléphone : _____

E-mail : _____

En indiquant mon adresse e-mail, je donne mon accord pour recevoir des informations et offres de nature commerciale en provenance de KLESIA. Je pourrai m'y opposer à tout moment.

Date de fin de Congé de Fin d'Activité : _____

AUTRES BÉNÉFICIAIRES

Si vous adhérez en couple, votre conjoint bénéficie d'une réduction de 10 % sur sa cotisation pendant toute la durée de votre adhésion au contrat FONGECFA Santé.

CONJOINT	NOM	PRÉNOM	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE
Date de naissance : _____			_____ Clé _____

ENFANTS	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE
1 ^{er} enfant			_____ M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
2 ^e enfant			_____ M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
3 ^e enfant (gratuit)			_____ M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

CHOIX DE LA GARANTIE

→ Je choisis ma formule : ☐ ECO ☐ F100 ☐ F150 ☐ F200 ☐ F250

→ Je choisis la périodicité de mes cotisations : ☐ mensuelle ☐ trimestrielle

→ Je choisis de payer mes cotisations par : ☐ prélèvement automatique (compléter le mandat de prélèvement SEPA et joindre un RIB récent)

→ Mon adhésion au contrat FONGECFA Santé prendra effet le 1^{er} jour du mois en cours si ma demande d'adhésion est réceptionnée par la Mutuelle Carcept Prev entre le 1^{er} et le 15 du mois. Si la demande d'adhésion est réceptionnée entre le 16 et le 31 du mois, la date d'effet est le 1^{er} jour du mois suivant.

Si je souhaite une date d'effet ultérieure, je l'indique ci-après : 0, 1, 2, 0, _____

La date d'effet ne peut être antérieure à la date d'entrée dans le dispositif du Congé de Fin d'Activité.

Je soussigné(e) déclare être allocataire FONGECFA-Transport au titre du Congé de Fin d'Activité et avoir pris connaissance de la Notice d'information du contrat collectif FONGECFA Santé. Je peux renoncer à mon adhésion dans les 30 jours qui suivent la date figurant sur le courrier accompagnant le certificat d'adhésion qui me sera adressé. Dans ce cas, toute cotisation éventuellement prélevée sera remboursée, sous réserve que je n'aie bénéficié d'aucune prestation FONGECFA Santé. Je reconnais avoir été informé(e) que les statuts du FONGECFA-Transport et de la Mutuelle Carcept Prev sont consultables sur demande et m'engage à informer mon conjoint de ses droits relatifs à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978.

DATE : _____

SIGNATURE (précédée de la mention «Lu et approuvé»)

Mutuelle Carcept Prev - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité - immatriculée sous le numéro SIREN 431 875 210 - située 4 rue Georges Picquart - 75017 Paris - FONGECFA-Transport Fonds de gestion du Congé de Fin d'Activité - Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 - Siège social : 4 rue Georges Picquart - 75017 Paris. Conformément à la loi n°17 du 6 janvier 1978 modifiée, les informations transmises via ce formulaire sont destinées à Mutuelle Carcept Prev en sa qualité de responsable du traitement, et pourront être transmises aux entités du Groupe de protection sociale KLESIA ainsi qu'à ses éventuels réassureurs, prestataires, délégataires de gestion et partenaires commerciaux. Les données sont collectées avec votre consentement dans le cadre de notre relation contractuelle à des fins de gestion et de prospection commerciale, à l'exclusion du NIR, et pourront également être utilisées à des fins de lutte contre la fraude. Les données sont conservées durant la relation contractuelle, puis jusqu'aux termes des délais de prescription. Vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente ainsi qu'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité et d'opposition pour motif légitime aux données personnelles vous concernant. Pour exercer ce droit, merci d'effectuer votre demande auprès de : KLESIA - Service INFO CNIL - CS 30027 - 93108 MONTREUIL Cedex, ou par courrier à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr. Par ailleurs, nous vous informons, que conformément au Code de la consommation, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL à l'adresse suivante : www.bloctel.gouv.fr.

N'oubliez pas d'indiquer votre n° de Sécurité sociale.

Au delà du 3^e enfant, nous vous remercions de compléter la liste de vos ayants-droit sur papier libre.

Si vous souhaitez une date d'effet différée (en particulier si vous changez de mutuelle), indiquez cette date ici.

N'oubliez pas de DATER ET DE SIGNER.

2 COMPLÉTEZ LE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA JOINT, LE CAS ÉCHÉANT.

3 RENVOYEZ À : Centre de gestion KLESIA - Mutuelle Carcept Prev - TSA 40000 78457 VELIZY CEDEX

- VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION COMPLÉTÉE,
- LA PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION DE VOS DROITS À LA SÉCURITÉ SOCIALE (ainsi que celle de votre conjoint s'il adhère également et de vos éventuels enfants à charge),
- LA PHOTOCOPIE DE LA LETTRE D'ACCORD D'ENTRÉE DANS LE DISPOSITIF DU CONGÉ DE FIN D'ACTIVITÉ INDIQUANT LE MONTANT DE VOTRE ALLOCATION MENSUELLE,
- VOTRE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA COMPLÉTÉ, LE CAS ÉCHÉANT
- UN R.I.B. (RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE) POUR LE REMBOURSEMENT DE VOS PRESTATIONS ET/OU LE PAIEMENT DE VOS COTISATIONS,
- LE CERTIFICAT DE RADIATION DE VOTRE ANCIENNE MUTUELLE (S'IL N'EST PAS ENCORE EN VOTRE POSSESSION, VOUS DEVREZ LE TRANSMETTRE DÈS RÉCEPTION À LA MUTUELLE CARCEPT PREV).

