



## IDENTIFICATION DES AYANTS DROIT COUVERTS PAR LE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

AYANTS DROIT - NOM PRÉNOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE	N° DE RÉGIME OBLIGATOIRE	CODE SS <sup>(2)</sup>	AUTRE ORGANISME COMPLÉMENTAIRE <sup>(3)</sup>
<b>CONJOINT(E) CONCUBIN (E) PARTENAIRE PACS</b> (ADHÉSION FACULTATIVE À REMPLIR UNIQUEMENT SI VOUS DEMANDEZ L'ADHÉSION À EOVI MCD MUTUELLE)					
		/ /			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>ENFANTS</b> (ADHÉSION FACULTATIVE À REMPLIR UNIQUEMENT SI VOUS DEMANDEZ L'ADHÉSION À EOVI MCD MUTUELLE)					
		/ /			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		/ /			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		/ /			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		/ /			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

(2) Code SS : A = Régime Général ; B = Régime Alsace-Moselle ; C = Travailleur indépendant ou profession libérale ; D= Régime Étudiant ; E = Autre régime (régime agricole, SNCF...)  
(3) Les remboursements ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. (4) Pour toute famille supérieure à quatre enfants, veuillez joindre un bulletin complémentaire.

## GARANTIES OPTIONNELLES (COTISATIONS MENSUELLES 2020)

En complément de la garantie souscrite par votre employeur, vous pouvez étendre cette garantie à vos ayants droit et/ou la renforcer en cochant la case correspondante.

**Votre employeur a souscrit à la garantie de "BASE AGRI 34" Salarité 32,30 €**

**Vous souhaitez couvrir vos ayants droits avec une affiliation à la base AGRI 34**

<input type="checkbox"/> Étendre le bénéfice de la couverture du régime BASE AGRI 34 à mes ayants droit.	<b>Conjoint</b>	<b>45,00 €</b>
	<b>Enfant</b>	<b>33,00 €</b>

**Vous souhaitez améliorer votre niveau de couverture pour vous et vos ayants droit**

<input type="checkbox"/> Je souhaite bénéficier des améliorations des prestations de l'OPTION AGRI 34.	<b>Salarité</b>	<b>+ 9,90 €</b>
	<b>Conjoint</b>	<b>+ 12,40 €</b>
	<b>Enfant</b>	<b>+ 9,10 €</b>

**LES COTISATIONS DES CHOIX OPTIONNELS SONT INTÉGRALEMENT À VOTRE CHARGE ET SERONT PRÉLEVÉES DIRECTEMENT SUR VOTRE COMPTE BANCAIRE PAR LA MUTUELLE :**

- **Mode de paiement :**  Prélèvement automatique
- **Si prélèvement automatique, date de prélèvement :**  Le 15 du mois
- **Périodicité cotisations :**  Mensuelle  Trimestrielle

### ●●● DROIT À RENONCIATION :

Vous disposez d'un droit de renonciation propre aux opérations d'assurance collectives facultatives à distance dans les conditions prévues à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité. Vous pouvez renoncer à votre adhésion aux garanties facultatives dans un délai de quatorze (14) jours calendaire révolus, sans motif ni pénalités, à compter :

- du jour où votre adhésion aux garanties facultatives a pris effet,
- ou du jour où vous avez reçu les conditions d'adhésion à ces garanties facultatives et les informations précontractuelles y afférentes, si cette dernière date est postérieure.

Vous devez adresser dans ce délai de 14 jours précité, à l'adresse du siège social de la Mutuelle une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique qui peut être rédigée comme suit :

« Je soussignée (nom, prénom, demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion aux garanties facultatives effectuée par la signature de mon bulletin d'adhésion le (date) - date et signature. »

### ●●● INFORMATIQUE ET LIBERTÉS :

Dans le cadre de votre adhésion, vous confiez à Eovi-Mcd Mutuelle des données personnelles vous concernant ou concernant vos ayants droit (en particulier des données de santé). Aussi, conformément à la réglementation en vigueur (Règlement général sur la protection des données, dit « RGPD », du 27 avril 2016 et Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée en dernier lieu par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), nous avons adopté une politique de protection de ces données. Cette politique est formalisée dans notre Charte de protection des données à caractère personnel, disponible sur notre site internet : [www.eovi-mcd.fr](http://www.eovi-mcd.fr) ainsi qu'en agence, sur simple demande.

Cette charte vous permettra ainsi de prendre connaissance :

- des catégories de données personnelles que nous sommes susceptibles de collecter, en particulier des données de santé qui font l'objet d'une vigilance particulière en termes de sécurité ;
- de l'utilisation qui peut être faite de ces données (finalités de traitement) ;
- des raisons qui peuvent nous conduire à partager vos données avec des tiers (délégués de gestion, partenaires, intermédiaires, etc.) ;
- du cadre dans lequel vos données peuvent nécessiter un transfert hors de l'Union Européenne ;
- des durées de conservation applicables à vos données personnelles (en fonction de leur nature et de la finalité de leur traitement) ;
- des droits dont vous disposez sur vos données conformément à la réglementation applicable et des moyens pour vous en prévaloir y compris en cas de réclamation ;
- des mesures que nous prenons pour assurer une sécurité optimale de vos données et des procédures que nous mettons en œuvre en cas d'incident affectant ces données.

Vous disposez du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)), et vous pouvez à tout moment refuser le démarchage par voie électronique.

Pour toute information ou exercice de vos droits sur les traitements de données personnelles effectués par Eovi-Mcd Mutuelle, vous pouvez contacter notre Délégué à la Protection des Données (DPO) en accompagnant votre demande d'une copie d'un titre d'identité comportant votre signature (carte d'identité, passeport) :

- soit en envoyant un mail à : [eovi-mcd.dpo@eovi-mcd.fr](mailto:eovi-mcd.dpo@eovi-mcd.fr)
- soit par courrier à l'adresse suivante : Eovi-Mcd Mutuelle - Groupe AÉSIO, Délégué à la Protection des Données, 25 place de la Madeleine 75008 PARIS.

### ●●● TÉLÉTRANSMISSION - SERVICE "NOÉMIE" :

Vous bénéficiez du traitement automatisé de vos feuilles de soins et décomptes soumis à la participation de l'Assurance Maladie Obligatoire, si l'organisme en charge de sa gestion a, en ce sens, conclu une convention avec la Mutuelle. Si vous ne souhaitez pas utiliser ce service, vous pouvez nous en faire part à tout moment par courrier à Eovi-Mcd Mutuelle - 173 rue de Bercy - CS 31802 - 75584 Paris Cedex 12.

### ●●● RÉCLAMATION :

Informations relatives aux procédures de réclamation et au recours à un processus de médiation disponibles auprès de votre agence, ou sur notre site Internet <https://www.eovi-mcd.fr/decouvrez-nous/eovi-mcd-mutuelle/nos-plus/espace-reclamation>.

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4 place de Budapest - 75436 PARIS CEDEX 9.

#### PIÈCES JUSTIFICATIVES :

- RIB / RICE pour le remboursement rapide des prestations directement sur votre compte bancaire.
- Enfants âgés de 25 ans et plus : justificatif de situation.
- Photocopie de l'attestation d'assurance maladie de l'adhérent et de ses ayants droit.
- Mandat de prélèvement SEPA complété et signé (si ce mode de paiement est retenu pour les garanties optionnelles).
- Devoir de conseil complété et signé.

Je reconnais avoir reçu un exemplaire des statuts de la mutuelle, de la notice d'information, du (ou des) document(s) d'information sur le(s) produit(s) d'assurance, du tableau de garanties frais de santé et avoir ainsi été informé(e) de l'ensemble de mes droits et obligations.

Je certifie l'exactitude de l'ensemble des informations renseignées dans le présent document.

Fait en 2 exemplaires à ..... Le ..... / ..... / .....

Signature,  
précédée de la mention «Lu et approuvé» :