

Bulletin d'adhésion Garantie Dépendance

A remplir par l'assuré et à retourner à la Mutuelle

Réservé à l'adhérent

M. Mme M^{elle} Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de Naissance :

Adresse :

Numéro d'adhérent :

Garantie Dépendance de base

Pour adhérer à la garantie de base (montant mensuel de rente : 250 €),
vous devez remplir les conditions suivantes, si vous êtes :

Actif⁽¹⁾
(membre participant ou bénéficiaire cotisant)

Adhésion facultative

- remplir le questionnaire de santé joint

Conjoint⁽¹⁾

Adhésion facultative

- le membre participant ou le bénéficiaire cotisant doit avoir souscrit à la garantie de base
- avoir moins de 70 ans à la date d'adhésion
- remplir le questionnaire de santé joint

Retraité ou à partir de 65 ans⁽¹⁾

Adhésion obligatoire

- au départ à la retraite ou au plus tard le jour du 65^{ème} anniversaire
- sans formalités médicales

Ne pas renvoyer le présent bulletin si vous ne souhaitez pas adhérer aux garanties complémentaires

(1) veuillez cocher la case qui correspond à votre situation

Garanties Dépendance Complémentaires

Si vous souhaitez adhérer aux garanties complémentaires, vous devez :

- avoir souscrit la garantie de base
- être âgé de moins de 70 ans à la date d'adhésion
- remplir la questionnaire de santé joint

J'opte pour :

une rente complémentaire (venant s'ajouter aux 250 euros de la garantie de base) de : 250 €⁽²⁾ 500 €⁽²⁾ 750 €⁽²⁾

et/ou

la garantie dépendance partielle (téléassistance)

(2) veuillez cocher la case qui correspond à votre choix de garantie

Conformément à la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données de MFPrévoyance SA vous concernant, pouvant s'exercer auprès de votre Mutuelle ou de MFPrévoyance SA.

Société anonyme à Directoire et Conseil de surveillance, au capital de 81 773 850 euros,
régie par le code des Assurances, RCS507 648 053 PARIS - 62, RUE JEANNE D'ARC - 75640 PARIS CEDEX 13

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare :

- avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat Prémuo et en avoir accepté les termes,
- avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère,
- n'avoir rien caché qui puisse gêner la MCF ou MFPrévoyance dans l'appréciation du risque à garantir,
- reconnaître que toute réticence ou déclaration inexacte qui pourrait changer l'appréciation du risque à garantir entraîne la nullité du contrat et la déchéance des garanties du contrat sans remboursement des cotisations déjà versées.
- m'engager à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date d'effet de mon adhésion au contrat Prémuo,
- autoriser la MCF et MFPrévoyance à communiquer ces informations à leurs mandataires, réassureurs et organismes habilités.

A le

Signature précédée de la mention «lu et approuvé».

RÉSERVÉ À L'ASSUREUR

- Adhésion :
- Acceptée sans restriction
 - Acceptée avec restriction
 - Refusée
 - Ajournement

Fait à

le

CACHET DE L'ASSUREUR

Conformément à la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données de MFPrévoyance SA vous concernant, pouvant s'exercer auprès de votre Mutuelle ou de MFPrévoyance SA.