

**BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION**  
**Contrats collectif Santé N°MGENIB1100302SNN/PROLONGEMENT et Prévoyance**  
**N°MGENIB1100303NNP/PROLONGEMENT Premier euro**

Modification de l’adhésion initiale

**INFORMATIONS RELATIVES A L’ADHERENT**

Dénomination sociale :

Vous êtes toujours sous contrat :  OUI  NON

Date d’effet souhaitée du contrat :

**L’ASSURE**

Madame  Monsieur Date d’effet de l’affiliation : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Nom ..... Prénom ..... Né(e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

N° Sécurité sociale : [ ]

Situation de famille :  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Pacsé(e)  Concubin(e)

Adresse : .....

Code Postal ou BP : ..... Ville : ..... Pays : .....

Email : .....@ ..... Tel : .....

**SITUATION PROFESSIONNELLE**

Date de début d’expatriation : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Pays d’expatriation .....

Type de contrat :  à durée indéterminée  à durée déterminée Date de fin de contrat / mission (si connue) : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Contrat santé :  1<sup>er</sup> €

Contrat prévoyance :  1<sup>er</sup> €

*Le choix complément du 1<sup>er</sup> € s’applique pour les deux contrats lorsque les deux contrats sont souscrits*

**AYANT(S)-DROIT**

**Les garanties des contrats collectifs Santé et Prévoyance sont étendues aux membres de votre famille désignés ci-dessous :**

Statut	Sexe	Nom	Prenom(s)	Date de naissance
Conjoint (ou équivalent)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
1 <sup>er</sup> enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
2 <sup>ème</sup> enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
3 <sup>ème</sup> enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
4 <sup>ème</sup> enfant*	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

\* Au-delà du 4<sup>ème</sup> enfant, donner les informations sur papier libre.

**PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL**

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l’égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (Règlement général sur la protection des données), dans le cadre de la gestion du contrat d’assurance, les données à caractère personnel de l’Assuré pourront être transférées à l’Organisme assureur, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs. Les Assurés sont informés que des traitements les concernant, ainsi que ceux de leurs éventuels bénéficiaires, sont mis en œuvre dans le cadre de la passation, la gestion et l’exécution du présent contrat d’assurance ainsi que pour sa gestion commerciale. Elles pourront aussi être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés, d’exécution des dispositions légales et réglementaires, et ce, en application du présent contrat. Les Assurés et/ou les Bénéficiaires disposent d’un droit d’accès, de rectification ou d’effacement, de limitation du traitement de leurs données, de portabilité, d’opposition aux traitements, ainsi que du droit de définir des directives sur leur sort après leur décès. Ils peuvent exercer leurs droits auprès du **Délégué à la Protection des Données du Groupe VVV : Tour Montparnasse – 33, avenue du Maine – BP 245 – 75755 Paris Cedex 15, France** ou [dpo@groupe-vyv.fr](mailto:dpo@groupe-vyv.fr). Lors de l’exercice de leurs droits, la production d’un titre d’identité peut être demandé.

## DECLARATIONS

### Je déclare :

- avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information des contrats collectifs d'assurance Santé N°MGENIB1100302SNN PROLONGEMENT et Prévoyance N° N°MGENIB1100303NNP PROLONGEMENT souscrit par LA GUILDE et dont je peux bénéficier au titre de l'adhésion à ce contrat ;
- résider et travailler hors des frontières du pays dont je suis ressortissant ;
- avoir fourni tous les renseignements demandés de façon complète, sincère et exacte ;
- reconnaître que, conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, la garantie accordée à l'Assuré par l'Assureur est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré tant lors de la souscription qu'au cours du contrat ;
- reconnaître qu'en cas de survenance d'un sinistre ou de toute demande d'intervention, la production consciente et volontaire de documents inexacts ou frauduleux entraînera la déchéance des garanties sans remboursement des cotisations déjà versées ;
- m'engager à signaler toute modification relative à mes Ayants-droit, dans un délai de quinze (15) jours à compter du jour où j'ai connaissance de ce changement.

Fait à \_\_\_\_\_ Le

Signature de l'Assuré précédée de la mention « lu et approuvé »

**Le Bulletin Individuel d’Affiliation est à retourner accompagné des pièces justificatives suivantes :  
RIB + Pièce d’identité + clause bénéficiaire si souscription de la prévoyance**