

Organisme partenaire : **Code n°** **Ref** :

MUTLOG : SIREN 325 942 969 et MUTLOG GARANTIES : SIREN 384 253 605 - Mutuelles soumises aux dispositions du livre II du code de la Mutualité
Siège - 75 quai de la Seine - 75940 PARIS Cedex 19 - TEL : 01 44 89 84 96 - **Demande d'adhésion CCM EMPRUNTEUR** - Décembre 2024

Assuré

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Téléphone :
Email :

Co-Assuré

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Téléphone :
Email :

Adresse du (des) assuré(s)
Code postal : Ville : Pays :

Prêt immobilier ☐ (Amortissable ☐ Relais ☐) **Prêt personnel** ☐

Montant initial : Durée en mois : Taux d'intérêt : Echéance mensuelle :
Date de prise d'effet des couvertures :

Quotités assurées : Par risque, le total «assuré + co-assuré», doit être au moins égal à 100%

Garanties

- Décès, Perte Totale et irréversible d'Autonomie (PTIA)
- Incapacité Temporaire Totale (ITT) avec franchise de 90 jours
- Perte d'Emploi Indemnisée (PEI)

Assuré	Co - Assuré
.....%	%
.....%	%
.....%	%

Pour tous les emprunteurs et co-emprunteurs : Je reconnais avoir pris connaissance et être en possession de la notice d'information valant règlement mutualiste, jointe à la présente demande, avoir reçu ce jour les informations relatives aux recommandations de la convention AERAS, avoir rempli en toute sincérité ma demande d'adhésion et le cas échéant, le questionnaire de santé - qui demeure à disposition sur simple demande effectuée auprès de MUTLOG - que j'ai daté et signé.

Je demande mon admission aux mutuelles qui gèrent mes couvertures et le fonds d'entraide. Les statuts de MUTLOG sont à la disposition des adhérents sur le site internet **www.mutlog.fr**. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, ou d'effacement, de limitation, d'opposition, de retrait et de portabilité de vos données en adressant une demande écrite accompagnée d'une copie de votre pièce d'identité au « Service Relations Adhérent » ou au « Délégué à la Protection des Données » chez MUTLOG - 75 quai de la Seine - 75940 PARIS cedex 19.

Pour les candidats à l'assurance qui demandent une garantie Perte d'Emploi Indemnisée : Je déclare être âgé de moins de 65 ans, exercer sans interruption à titre principal mon activité salariée chez le même employeur depuis au moins 6 mois continus dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée, ne pas être actuellement au chômage, en préavis de licenciement, en situation de démission ou de rupture conventionnelle, de mise à la retraite ou en période d'essai et cotiser au régime France Travail.

MUTLOG satisfait aux exigences en matière de confidentialité, conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, dite loi Informatique et Libertés et du Règlement sur la protection des données 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD).

J'autorise la mutuelle responsable du traitement de mon dossier à communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'elle pourrait recueillir ultérieurement à l'occasion de la gestion de mon dossier, à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités, aux sous-traitants et à tous les services du groupe auquel il appartient dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de mon dossier.

Dans l'objectif d'adhérer au contrat MUTLOG et à cette seule fin, j'accepte le traitement de mes données personnelles (y inclus les données de santé) et leur conservation légale dans le cadre de la prescription légale et le strict respect du secret médical, pour la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles ont été collectées et prévues par les dispositions légales et réglementaires.

Assuré

J'accepte le traitement de mes données (y inclus santé) : **OUI** ☐ **NON** ☐
J'accepte d'être informé des offres commerciales de MUTLOG : **OUI** ☐ **NON** ☐
J'accepte d'être informé des offres commerciales des partenaires de MUTLOG : **OUI** ☐ **NON** ☐
J'accepte que mes données soient communiquées aux tiers mentionnés ci-dessus : **OUI** ☐ **NON** ☐

Fait le :
Signature de l'assuré,
précédée de la mention « lu et approuvé » :

Co-Assuré

J'accepte le traitement de mes données (y inclus santé) : **OUI** ☐ **NON** ☐
J'accepte d'être informé des offres commerciales de MUTLOG : **OUI** ☐ **NON** ☐
J'accepte d'être informé des offres commerciales des partenaires de MUTLOG : **OUI** ☐ **NON** ☐
J'accepte que mes données soient communiquées aux tiers mentionnés ci-dessus : **OUI** ☐ **NON** ☐

Fait le :
Signature de l'assuré,
précédée de la mention « lu et approuvé » :

Fait à **Le** **Validation :**