

GARANTIE PRÉJUDIS SANTÉ

BULLETIN D'ADHÉSION valant Certificat d'adhésion



Pavillon Prévoyance
90 avenue Thiers - CS21004
33072 Bordeaux Cedex

0 810 810 033 Service 0,05 €/min
+ prix appel

ou **05 57 81 24 41**

Numéro à composer pour bénéficier
de conseils juridiques par téléphone

01 49 14 88 30

Numéro d'adhérent :

.....

Je soussigné(e), Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nom : Né(e) le :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Tél. :

- déclare adhérer au contrat de PRÉJUDIS SANTÉ, à la date d'effet de la couverture santé, dont l'échéance annuelle est fixée au 31 décembre ;
- reconnais avoir pris possession et connaissance de la notice d'information du contrat jointe au présent bulletin. Ce contrat est souscrit sous le n° 003359001 N par **PAVILLON PRÉVOYANCE**, Union de Mutuelles soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité et immatriculée sous le numéro SIREN 442 978 086, auprès de Covéa Protection Juridique, Société Anonyme d'Assurance au capital de 88 077 090,60 euros entièrement versé, entreprise régie par le Code des assurances, RCS Le Mans 442 935 227, Code APE 6512 Z, dont le siège social est 33, rue de Sydney 72045 Le Mans Cedex 2.

Les entreprises d'Assurance agréées en France sont placées sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) – 4, Place de Budapest.75436 Paris cedex 09 ;

- reconnais avoir été informé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L113-8 (nullité du contrat) et L113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances. Je suis informé(e) que mes données personnelles sont traitées par Covéa Protection Juridique, l'Assureur et par le Groupe Covéa, auquel il appartient, responsables de traitement. Je trouverai les coordonnées de Covéa Protection Juridique sur les documents contractuels et précontractuels qui m'ont été remis ou mis à ma disposition. Le Groupe Covéa est représenté par Covéa, Société de Groupe d'Assurance Mutuelle régie par le Code des assurances, RCS Paris 450 527 916, dont le siège social se situe 86-90 rue St Lazare 75009 Paris. Pour obtenir des informations sur le Groupe Covéa, je peux consulter le site <https://www.covea.eu>.

Mes données personnelles sont traitées par Covéa Protection Juridique et par le groupe Covéa afin de :

- conclure, gérer et exécuter les garanties de votre contrat d'assurance ;
- réaliser des opérations de prospection commerciale ;
- permettre l'exercice des recours et la gestion des réclamations ;
- conduire des actions de recherche et de développement ;
- mener des actions de prévention ;
- élaborer des statistiques et études actuarielles ;
- lutter contre la fraude à l'assurance ;
- mener des actions de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- exécuter ses obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur.

Je dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de limitation au traitement de mes données personnelles. Je peux également demander la portabilité des données personnelles que j'ai confié à Covéa Protection Juridique. Je dispose enfin d'un droit d'opposition à la prospection commerciale et, pour des raisons tenant à ma situation particulière, au traitement de mes données personnelles à des fins de recherche et développements, de prévention et de lutte contre la fraude. Je peux exercer mes droits auprès du Délégué à la Protection des données à l'adresse suivante :

- Covéa Protection Juridique - Protection des Données Personnelles « Le Neptune » I, rue Galilée 93195 Noisy-le-Grand Cedex
- Protectiondesdonnees-pjng@covea.fr

Les informations complémentaires sur mes droits et le traitement de mes données personnelles figurent dans la Notice d'Information qui m'a été remise ou mise à ma disposition lors de ma souscription.

LES BENEFICIAIRES DE MON CONTRAT : J'ai bien noté que les bénéficiaires de ce contrat seront :

- Moi-même désigné au bulletin d'adhésion en tant qu'adhérent à ma complémentaire santé ;
- Mon (ma) conjoint(e), non divorcé(e), ou mon (ma) concubin(e) ou la personne liée à moi par un pacte civil de solidarité ;
- Mes enfants fiscalement à charge vivant sous mon toit.

COTISATIONS

- J'autorise le prélèvement automatique de ma cotisation, aux échéances prévues de la complémentaire santé.
- **J'autorise le prélèvement de 0.95 € TTC par mois (Taxe d'Assurance de 13,40 %), soit 11.39 € TTC par an.**

Fait à Le

Signature de l'Adhérent(e)
précédée de la mention "Lu et approuvé"

Date, signature et cachet du souscripteur

IMPORTANT : l'original de ce bulletin d'adhésion est destiné au souscripteur, le bulletin jaune est à conserver par l'Adhérent(e) avec les Conditions Générales.