



**Mutuelle EPC**  
Mutuelle EPC – TSA 77801 – 59049 LILLE CEDEX  
Courriel : [contact@mutuelle-epc.com](mailto:contact@mutuelle-epc.com)

*Exemplaire  
à conserver*

Tél : 09 72 72 72 11  
Site internet : [www.mutuelle-epc.com](http://www.mutuelle-epc.com)

BULLETIN D'ADHÉSION

MODIFICATION

♣ CONTRAT CHOISI :

NOIR/BLANC

PLUS COULEUR

Date d'effet : 1<sup>er</sup> / \_\_\_ / \_\_\_

### ♣ ADHÉRENT(E)

Nom \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille \_\_\_\_\_  
Prénoms \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Tél. fixe \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
N° de Sécurité Sociale [ ] E-mail \_\_\_\_\_

### ♣ ENFANTS ADHÉRENTS

Nom et Prénoms	N° de Sécurité Sociale (sous lequel intervient le remboursement)	Date de naissance
1. _____	[ ] [ ]	___ / ___ / ___
2. _____	[ ] [ ]	___ / ___ / ___
3. _____	[ ] [ ]	___ / ___ / ___
4. _____	[ ] [ ]	___ / ___ / ___
5. _____	[ ] [ ]	___ / ___ / ___

La télétransmission automatique de la Sécurité Sociale NOEMIE permet de bénéficier d'un remboursement plus rapide.  
Toutefois, si vous ne souhaitez pas qu'elle soit utilisée, veuillez cocher la case ci-contre

Montant de la cotisation mensuelle déterminée selon la tranche d'âge à laquelle appartient l'adhérent et ses enfants à charge.

Périodicité du paiement :  Mensuelle  Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle

### Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

Je demande pour moi-même et pour les personnes ci-dessus désignées, l'enregistrement de mon adhésion.

Je m'engage à me conformer aux dispositions des Statuts et du Règlement Mutualiste qui me sont remis avant la signature du bulletin d'adhésion.

J'autorise la Mutuelle à faire éventuellement toutes opérations pour mon compte auprès de l'assurance maladie.

J'autorise la Mutuelle à transmettre à des organismes mutualistes ou tiers (CPAM...) toute information me concernant, nécessaire à la mise en oeuvre du service de gestion de la couverture santé. Dans le cas contraire, j'informerai la Mutuelle par écrit de mon refus.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

**❖ Pièces à nous fournir dans tous les cas :**

- Copie des pièces d'identité de l'adhérent(e) et de ses ayants droit en cours de validité au moment de l'adhésion.
- Copie de l'attestation d'assuré(e) social(e) de chacun des assuré(e)s à couvrir par la Mutuelle.
- Mandat de prélèvement SEPA (mensuel) fourni par la Mutuelle dûment rempli, daté et signé.
- Relevé d'identité bancaire (IBAN-BIC).
- Copie de la carte de l'adhérent(e) relative à une précédente couverture complémentaire santé et un certificat de radiation délivré par l'organisme de complémentaire santé dès sa réception.

**❖ Pour les agents territoriaux\***

- Certificat de l'employeur mentionnant la date d'entrée de l'agent dans la fonction publique.
- Justificatif d'adhésion au dernier organisme auprès duquel l'adhérent(e) a souscrit une garantie labellisée.

Merci de nous indiquer comment vous avez connu la Mutuelle :    Publicité    Site internet    Parrainage

Adhésion par parrainage :    Oui    Non (numéro adhérent parrain : .....)  
 Contrat labellisé    TNS(Travailleurs Non Salariés)    Autre

Signature du parrain :



Les informations transmises via ce bulletin d'adhésion sont destinées à la mutuelle EPC en sa qualité de responsable du traitement. Elles sont nécessaires au traitement de votre adhésion en vue de la détermination, la gestion et l'exécution des prestations. Elles sont collectées avec votre consentement dans le cadre de la relation contractuelle qui vous lie avec la mutuelle EPC. Elles peuvent être transmises à ses réassureurs, délégataires de gestion ou autres prestataires intervenant dans le cadre de l'exécution de votre contrat. Elles sont enregistrées sur un outil de gestion dans le but de mettre en œuvre les obligations contractuelles et réglementaires qui incombent à votre mutuelle. Elles seront conservées pendant toute la durée de votre contrat, puis jusqu'aux termes des délais de prescription. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en adressant un courrier postal à Mutuelle EPC – TSA 77801 – 59049 LILLE CEDEX ou un courriel à [contact@mutuelle-epc.com](mailto:contact@mutuelle-epc.com). Par ailleurs, vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente, la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).



**❖ Pièces à nous fournir dans tous les cas :**

- Copie des pièces d'identité de l'adhérent(e) et de ses ayants droit en cours de validité au moment de l'adhésion.
- Copie de l'attestation d'assuré(e) social(e) de chacun des assuré(e)s à couvrir par la Mutuelle.
- Mandat de prélèvement SEPA (mensuel) fourni par la Mutuelle dûment rempli, daté et signé.
- Relevé d'identité bancaire (IBAN-BIC).
- Copie de la carte de l'adhérent(e) relative à une précédente couverture complémentaire santé et un certificat de radiation délivré par l'organisme de complémentaire santé dès sa réception.

**❖ Pour les agents territoriaux\***

- Certificat de l'employeur mentionnant la date d'entrée de l'agent dans la fonction publique.
- Justificatif d'adhésion au dernier organisme auprès duquel l'adhérent(e) a souscrit une garantie labellisée.

Merci de nous indiquer comment vous avez connu la Mutuelle :    Publicité    Site internet    Parrainage

**Adhésion par parrainage :**    Oui    Non   (numéro adhérent parrain : .....)  
 Contrat labellisé    TNS(Travailleurs Non Salariés)    Autre

**Signature du parrain :**



Les informations transmises via ce bulletin d'adhésion sont destinées à la mutuelle EPC en sa qualité de responsable du traitement. Elles sont nécessaires au traitement de votre adhésion en vue de la détermination, la gestion et l'exécution des prestations. Elles sont collectées avec votre consentement dans le cadre de la relation contractuelle qui vous lie avec la mutuelle EPC. Elles peuvent être transmises à ses réassureurs, délégataires de gestion ou autres prestataires intervenant dans le cadre de l'exécution de votre contrat. Elles sont enregistrées sur un outil de gestion dans le but de mettre en œuvre les obligations contractuelles et réglementaires qui incombent à votre mutuelle. Elles seront conservées pendant toute la durée de votre contrat, puis jusqu'aux termes des délais de prescription. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en adressant un courrier postal à Mutuelle EPC – TSA 77801 – 59049 LILLE CEDEX ou un courriel à [contact@mutuelle-epc.com](mailto:contact@mutuelle-epc.com). Par ailleurs, vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente, la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).