



FORMULAIRE DE CONTACT

Mutuelle Communale

*A compléter et à nous retourner par courrier ou par mail.
Nos conseillers sont également disponibles par téléphone.*

COMMUNE

Nom de votre commune : _____

INFORMATIONS PERSONNELLES

☐ M. ☐ Mme Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : Appt/Etage : _____ Rés/Bât : _____

N° et voie : _____ BP : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Téléphone* : |_|_| / |_|_| / |_|_| / |_|_| / |_|_|

** Afin que nous soyons en mesure de vous rappeler et de vous fournir un devoir de conseil adapté à vos besoins, veuillez renseigner votre numéro de téléphone complet et lisible.*

E-mail : _____

DISPONIBILITÉS

A quels créneaux horaires souhaitez-vous être appelés ?

Du lundi au vendredi :

☐ entre 9h et 12h

☐ entre 14h et 17h

A : _____

Le : ____/____/____

Signature :

Conformément au Règlement Général sur la protection des données personnelles, le Groupe France Mutuelle agit en qualité de responsable de traitement de vos données à caractère personnel. En effet, nous traitons vos données afin de vous proposer une garantie adaptée à vos besoins. Cependant, vous disposez sans frais d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, de suppression, de limitation ainsi que d'un droit d'opposition au traitement de vos données. Vous avez également le droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès.

Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à l'adresse postale suivante : Groupe France Mutuelle, Délégué à la protection des données personnelles, Direction juridique, 10 rue du 4 Septembre, CS 11601, 75089 Paris Cedex 02, ou par mail à : dpo@francemutuelle.fr.

En cas d'insatisfaction, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL).