

## Avantages du Parrain :

Recevez **30 € minimum** sous forme de chèques cadeaux, pour l'adhésion de tout filleul ayant souscrit, sans autre intermédiaire, une complémentaire santé à titre individuel.

**Ce montant augmentera de 5 €** à chaque nouveau parrainage\* réalisé lors d'une même année civile.

Ainsi, lors d'une même année civile vous bénéficiez des avantages suivants :

**30 €** au 1<sup>er</sup> parrainage - **35 €** au 2<sup>ème</sup> parrainage - **40 €** au 3<sup>ème</sup> parrainage et ainsi de suite...

En réalisant 15 parrainages sur une même année civile, vous pouvez donc bénéficier d'une somme cumulée de **975 €**.

Si en plus vous êtes désigné comme l'un des 3 "meilleurs parrains de l'année" vous recevrez **200 €** supplémentaire en chèques cadeaux\*.

## Avantages du Filleul :

Grâce à vous, votre filleul bénéficiera de **30 €\*** sous forme de chèques cadeaux (cette offre ne pourra être cumulée avec d'autres avantages).

Dans le cadre de cette opération de parrainage, seuls les adhérents chefs de famille nouvellement inscrits à La Mutuelle Verte peuvent être qualifiés de filleuls.

\* Offre soumise à conditions, voir règlement "Mutuelle Verte Parrainage".

**Vous êtes satisfait de La Mutuelle Verte, alors parrainez vos proches et faites leurs découvrir tous les avantages et les qualités de votre mutuelle :**  
tiers payant généralisé, remboursements garantis en 48h en cas d'avance des frais, assistance en cas de coup dur, accès aux réseaux de soins, offres privilèges...

Remplissez et renvoyez le bulletin de parrainage ci-dessous à :  
**La Mutuelle Verte, 78 Cours Lafayette - CS 60521 - 83041 Toulon Cedex 9**

### LE PARRAIN

### Bulletin de Parrainage

Numéro d'adhérent à La Mutuelle Verte\* : .....

Nom\* : ..... Prénom\* : .....

### LE FILLEUL

Mme  M\* : ..... Prénom\* : .....

Né(e) le\* : ..... Adresse\* : .....

Code postal\* : ..... Ville\* : ..... Tél. : .....

E-mail : .....

Profession : ..... **Avez-vous déjà une Mutuelle ?**  OUI  NON

Salarié(e)  Travailleur Non Salarié  Professionnel de Santé - Organisme d'Assurance Maladie Obligatoire : .....

**JE SOUHAITE ÊTRE CONTACTÉ(E) PAR UN CONSEILLER ENTRE 8h30 ET 19h AU :** ..... ENTRE ..... & ..... h

**Conjoint :** Né(e) le\* : ..... Profession : .....

Salarié(e)  Travailleur Non Salarié  Professionnel de Santé - Organisme d'Assurance Maladie Obligatoire : .....

**Vos enfants :** jusqu'à 21 ans si scolarisés et jusqu'à 25 ans s'ils poursuivent des études supérieures **(Cotisations offertes à partir du 3<sup>e</sup> enfant)**

Nombre d'enfants\* : ..... Années de naissance : .....

Les informations directement collectées auprès de vous font l'objet de traitements automatisés ayant pour finalité l'élaboration d'une offre commerciale personnalisée et la bonne exécution des dispositions liées à la participation au "Mutuelle Verte Parrainage". Les informations marquées d'un astérisque sur le bulletin de parrainage sont obligatoires et nécessaires à l'établissement d'une offre commerciale personnalisée. A défaut, La Mutuelle Verte ne sera pas en mesure de traiter votre demande. Les informations collectées sont à destination exclusive de La Mutuelle Verte et seront conservées pendant 36 mois afin de répondre aux éventuelles actions dérivant de la présente participation au "Mutuelle Verte Parrainage". Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer au traitement des données vous concernant. Dans ce cas, La Mutuelle Verte se réserve le droit, si les circonstances le justifient, d'annuler votre participation sans que sa responsabilité ne soit engagée de ce fait. Pour exercer vos droits, il suffit d'adresser une demande, par voie postale, au Délégué à la protection des données de La Mutuelle Verte, 78 Cours Lafayette - CS 60521, 83041 Toulon Cedex 9, en justifiant de votre identité. En cas de manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.