

Bulletin d'adhésion au contrat d'assurance retraite supplémentaire CAREL

Contrat collectif à adhésion facultative

Votre interlocuteur pour votre contrat de retraite supplémentaire CAREL :

La CAREL - 01 49 96 65 10
(appel non surtaxé)
developpement@lacarel.fr

Pour que votre bulletin d'adhésion soit réputé valide, l'ensemble des champs ne comportant pas un astérisque (*) sont à compléter obligatoirement.

1 – Caractéristiques du contrat de retraite supplémentaire CAREL

Le contrat de retraite des élus locaux CAREL est un contrat collectif d'épargne retraite supplémentaire à adhésion facultative, dont les garanties sont libellées en euros, destiné à permettre à tous les élus locaux percevant une indemnité de fonction de se constituer une épargne retraite supplémentaire, répondant aux dispositions de la loi n° 92-108 du 3 février 1992, relative aux conditions d'exercice des mandats locaux, modifiée par la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012, et des décrets n° 93-825 du 25 mai 1993 et n° 2013-362 du 26 avril 2013, tels que transposés dans le Code général des collectivités territoriales (CGCT) aux articles L. 2123-27, L. 3123-22 et L. 4135-22.

2 – Conditions d'éligibilité au contrat de retraite supplémentaire CAREL

- ⊗ L'adhérent doit être un élu local détenant, à la date de l'adhésion au contrat de retraite supplémentaire CAREL, un ou plusieurs mandat(s) électif(s) au titre duquel ou desquels il perçoit une indemnité de fonction ;
- ⊗ L'adhésion au contrat de retraite supplémentaire CAREL est soumise à l'adhésion préalable à CAREL Mutuelle.
- i L'adhésion au contrat de retraite supplémentaire CAREL entraîne automatiquement votre adhésion à Tutélaire.

3 – Connaissance de l'adhérent

M. Mme Nom d'usage _____ Nom de naissance _____
 Prénoms _____ Né(e) le _____ À _____
 Département _____ Pays _____ N° de sécurité sociale _____
 Adresse postale _____
 Code postal _____ Ville _____
 Portable* _____ Email personnel _____

4 – Personne politiquement exposée

Fonctions concernées : Conformément aux dispositions de l'article R. 561-18 du Code monétaire et financier, une personne politiquement exposée est une personne qui exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an l'une des fonctions suivantes :

- | | |
|--|---|
| 1° Chef d'État, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne ; | 4° Membre d'une cour des comptes ; |
| 2° Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n° 88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger ; | 5° Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ; |
| 3° Membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours ; | 6° Ambassadeur ou chargé d'affaires ; |
| | 7° Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ; |
| | 8° Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ; |
| | 9° Directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein. |

Exercez-vous ou avez-vous exercé, au cours des 12 derniers mois, une fonction politique, juridictionnelle ou administrative importante citée dans la liste ci-dessus ?

Moi même : Non Oui, précisez : La fonction exercée _____ Le pays d'exercice _____
 Date de début _____ Date de fin _____

Mon entourage : Non Oui, précisez : La fonction exercée _____ Le pays d'exercice _____
 Date de début _____ Date de fin _____
 Nom de naissance _____ Nom d'usage _____
 Prénom _____ Date de naissance _____ Lien _____

i Si vous avez plusieurs proches concernés, merci de renseigner ces éléments pour chaque proche, sur papier libre, daté et signé.

5 – Nationalité / citoyenneté et résidence fiscale

Avez-vous la nationalité / citoyenneté américaine (États-Unis d'Amérique) ? Oui Non

Avez-vous votre résidence fiscale en France ? Oui Non

Avez-vous une (des) résidence(s) fiscale(s) hors de France ? Oui Non

En cas de résidence(s) fiscale(s) hors de France, indiquez votre (vos) pays de résidence(s) fiscale(s) et votre (vos) Numéro(s) d'Identification Fiscale correspondant(s) (NIF ou TIN pour les États-Unis), ou la mention « Non Applicable » (NA) en l'absence de NIF délivré par les autorités du pays de résidence fiscale :

Pays/Juridiction Numéro d'Identification Fiscale (NIF)** ou Non Applicable (NA)

** Si le Pays/Juridiction est la France, la fourniture du NIF n'est pas obligatoire. Pour la France, le NIF est composé de 13 chiffres, et est propre à chaque déclarant. Pour connaître votre numéro, vous devez vous reporter à votre dernier avis d'imposition.

6 – Adhésion obligatoire à CAREL Mutuelle

J'adhère à **CAREL Mutuelle**, mutuelle soumise aux dispositions du livre III du Code de la mutualité, et j'accepte de bénéficier de ses services, notamment **CAREL+** qui propose un accompagnement à distance sur mesure, spécialement conçu pour répondre aux besoins de chaque membre, ainsi que ceux de sa famille. **J'accepte que ma cotisation annuelle correspondante de 24 euros soit prélevée par Tutélaire au nom et pour le compte de CAREL Mutuelle, sur la participation aux excédents de mon contrat de retraite supplémentaire CAREL.**

7 – Adhésion au contrat de retraite supplémentaire CAREL

7.1 – Mandat(s) électif(s) indemnisé(s) au titre duquel ou desquels je désire cotiser

COMMUNE

Nom de la collectivité : _____
Fonction élective actuelle
Maire Maire-adjoint Conseiller
Choix du taux
8% 6% 4%
Cotisations rétroactives
Oui Non
Si oui indiquez la date d'effet : ____ / ____ / ____
Si oui indiquez le moyen de paiement :
Par retenue sur indemnité de fonction sur _____ mois
En _____ chèque(s)

EPCI (Métropole, Cté d'agglomération, de communes, urbaine, Syndicat.)

Nom de la collectivité : _____
Fonction élective actuelle
Président Vice-Président Conseiller
Choix du taux
8% 6% 4%
Cotisations rétroactives
Oui Non
Si oui indiquez la date d'effet : ____ / ____ / ____
Si oui indiquez le moyen de paiement :
Par retenue sur indemnité de fonction sur _____ mois
En _____ chèque(s)

CONSEIL DÉPARTEMENTAL

Nom de la collectivité : _____
Fonction élective actuelle
Président Vice-Président Conseiller
Choix du taux
8% 6% 4%
Cotisations rétroactives
Oui Non
Si oui indiquez la date d'effet : ____ / ____ / ____
Si oui indiquez le moyen de paiement :
Par retenue sur indemnité de fonction sur _____ mois
En _____ chèque(s)

CONSEIL RÉGIONAL / TERRITORIAL

Nom de la collectivité : _____
Fonction élective actuelle
Président Vice-Président Conseiller
Choix du taux
8% 6% 4%
Cotisations rétroactives
Oui Non
Si oui indiquez la date d'effet : ____ / ____ / ____
Si oui indiquez le moyen de paiement :
Par retenue sur indemnité de fonction sur _____ mois
En _____ chèque(s)

i Un crédit vous engage et doit être remboursé. Vérifiez vos capacités de remboursement avant de vous engager.

i Au delà de 4 mandats, merci d'indiquer les informations sur papier libre, daté et signé.

7.2 - Désignation de bénéficiaires en cas de décès

i) Si les deux cases sont cochées, la désignation expresse prévaudra.

Cas général successoral : Mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment du décès, à défaut mon partenaire lié par un Pacs ayant cette qualité au moment du décès, à défaut mon concubin notoire, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, à défaut mes ascendants, à défaut mes héritiers en application des règles de la dévolution successorale légale.

Désignation expresse : Libellez la clause très lisiblement en caractère d'imprimerie avec **nom, prénom, date de naissance, ville et pays de naissance, adresse, répartition éventuelle** entre les bénéficiaires ou par parts égales ou l'ordre de priorité ou les coordonnées du notaire qui détient la clause bénéficiaire. Le total cumulé des taux de répartition, par ordre de priorité, doit être égal à 100%. (si nécessaire, reportez la totalité de votre/vos clause(s) bénéficiaire(s) sur un papier libre daté et signé).

8 – Déclaration de l'adhérent

La conclusion du **contrat de retraite supplémentaire CAREL** sera effective si et seulement si le souscripteur a été en mesure de répondre « OUI » aux questions posées ci-dessous :

J'ai pris connaissance des statuts de **CAREL Mutuelle** et je confirme ma volonté d'y adhérer et autorise le prélèvement de ma cotisation par Tutélaire sur la participation aux excédents de mon contrat de retraite supplémentaire CAREL.

Oui Non

J'ai pris connaissance du document d'information clés au **contrat de retraite supplémentaire CAREL**, de la notice d'information au contrat de retraite supplémentaire CAREL qui définit notamment les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur et inclut mon droit à renonciation avec le modèle de lettre à établir à cet effet ainsi que des statuts de **Tutélaire**.

Oui Non

J'ai pris connaissance des dispositions relatives à la fausse déclaration et à ses conséquences, telles que énoncées dans la notice d'information au **contrat de retraite supplémentaire CAREL**.

Oui Non

J'accepte les termes de la notice d'information au **contrat de retraite supplémentaire CAREL**.

Oui Non

Je déclare exact l'ensemble des informations renseignées sur le présent bulletin d'adhésion.

Oui Non

9 – Signature de l'adhésion à CAREL Mutuelle et au contrat de retraite supplémentaire CAREL

Fait à _____ Le _____

Signature manuscrite de l'adhérent
précédée de la mention « lu et approuvé »

Documents à retourner impérativement :

- ① Le présent bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé
- ② L'intégralité de la fiche d'information, de conseil et d'étude personnalisée dûment complétée, datée et signée
- ③ Une copie recto/verso de votre pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, permis de conduire ANTS)

La CAREL - Service Développement
20 rue du Sentier 75002 Paris

À SAVOIR

➤ PRISE D'EFFET ET DURÉE DU CONTRAT

Sous réserve de l'acceptation de votre demande d'adhésion, le **contrat de retraite supplémentaire CAREL** prend effet au dernier jour du mois de la réception de la demande d'adhésion.

Le **contrat de retraite supplémentaire CAREL** n'a pas de date d'échéance. La durée recommandée de l'épargne dépend notamment de la situation patrimoniale de l'adhérent, de son attitude vis à vis du risque, du régime fiscal en vigueur et des caractéristiques du Contrat CAREL. L'adhérent peut à tout moment demander conseil auprès de La CAREL.

➤ MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA COTISATION

Le paiement de la cotisation s'effectue par prélèvement sur l'indemnité de fonction de l'élu. La cotisation est réglée mensuellement.

➤ DROIT ET MODALITÉS DE RENONCIATION

L'adhérent a la faculté de renoncer à son contrat de retraite supplémentaire CAREL dans les 30 jours calendaires révolus suivant sa date de prise d'effet, par écrit :

- ⊙ Soit par courrier : La CAREL – Service gestion
20 rue du Sentier 75002 Paris
- ⊙ Soit par courriel : gestion@lacarel.fr

➤ EFFET DE LA RENONCIATION

Toute cotisation perçue au titre du contrat de retraite supplémentaire CAREL sera remboursée à l'adhérent au plus tard dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

En cas de renonciation, le **contrat de retraite supplémentaire CAREL** prend fin rétroactivement à la date de réception de la lettre recommandée.

Votre interlocuteur CAREL+

Service d'accompagnement humain sur mesure des parcours de vie.

N° Cristal
09 69 37 55 87
(Appel non surtaxé)

Votre interlocuteur pour la retraite supplémentaire CAREL

La CAREL
01 49 96 65 10
(Appel non surtaxé)

developpement@lacarel.fr

OÙ ADRESSER VOTRE BULLETIN D'ADHÉSION ?

L'ensemble de ces documents est à adresser à :

La CAREL –
Service développement
20 rue du Sentier 75002 Paris

LES DOCUMENTS QUE VOUS DEVEZ CONSERVER

- ⊙ Le document d'entrée en relation de La CAREL ;
- ⊙ Les statuts de Tutélaire et de CAREL Mutuelle ;
- ⊙ Le document d'informations clés du contrat de retraite supplémentaire CAREL ;
- ⊙ La notice d'information du contrat de retraite supplémentaire CAREL.

Les données à caractère personnel recueillies dans le présent bulletin d'adhésion ou contenues dans les pièces demandées sont nécessaires pour les finalités suivantes : l'adhésion à CAREL Mutuelle ; au titre du contrat d'assurance de retraite supplémentaire CAREL : la passation, l'exécution, la gestion du contrat et la prospection commerciale ; la prospection commerciale pour le compte de CAREL Mutuelle et/ou de ses partenaires ; la passation/gestion des contrats auxquels l'adhérent entend souscrire avec les partenaires de CAREL Mutuelle, plus particulièrement Tutélaire ; l'élaboration de statistiques ou d'études. Elles permettent également de répondre à nos obligations légales en matière de gestion des risques.

Les données à caractère personnel sont destinées à CAREL Mutuelle, La CAREL et Tutélaire en leur qualité de responsables de traitements indépendants, La CAREL intervenant en outre, pour certains traitements, en qualité de sous-traitant de Tutélaire et/ou de CAREL Mutuelle. Les bases légales de ces traitements sont :

- > intérêt légitime pour ce qui concerne l'élaboration de statistiques et d'études actuarielles, prospection commerciale ;
- > l'exécution du contrat d'assurance de retraite supplémentaire CAREL ;
- > l'exécution du ou des contrats conclus avec Tutélaire ;
- > le respect par CAREL Mutuelle, La CAREL et Tutélaire de leurs obligations réglementaires et légales. Plus précisément, les destinataires de ces données à caractère personnel sont dans le strict cadre de finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CAREL Mutuelle,

de Tutélaire, leurs prestataires, sous-traitants et intermédiaires d'assurance. Les données personnelles seront conservées durant toute la vie de la relation contractuelle et jusqu'à l'expiration des délais prévus par la réglementation.

Vous disposez notamment des droits d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité, d'effacement et de limitation du traitement vous concernant. Enfin, vous pouvez définir le sort post-mortem que vous souhaitez donner à vos données personnelles.

Pour l'exercice de vos droits, adressez un courrier simple à La CAREL – 20 rue du Sentier 75002 Paris ou un courriel à : dpo.lacarel@lacarel.fr. Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un justificatif d'identité comportant la signature de son titulaire et doit préciser l'adresse à laquelle la réponse de La CAREL doit parvenir. Dès réception de votre demande complète, nous répondrons dans un délai maximum de 30 jours calendaires.

Pour plus d'informations relatives à la gestion de vos données personnelles, consultez la Notice d'information du contrat d'assurance CAREL joint au présent bulletin d'adhésion. Vous pouvez également consulter à tout moment notre politique de confidentialité sur le site internet www.carelmutuelle.fr ou www.tutelaire.fr ou la demander par courrier simple à La CAREL ou à Tutélaire.

En cas de désaccord persistant, concernant la protection de vos données personnelles, vous avez le droit de saisir la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Déléataire de distribution et de gestion

La CAREL – SASU au capital de 100 000 €
Courtier en assurance
20 rue du Sentier – 75002 Paris
SIREN 934 959 313
ORIAS 25000502

Souscripteur du contrat collectif

CAREL Mutuelle – Mutuelle soumise aux dispositions du livre III du Code de la mutualité
20 rue du Sentier – 75002 Paris
SIREN 388 887 259

Assureur

Tutélaire – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité
157 av. de France – 75013 Paris
SIREN 775 682 164



carelmutuelle.fr