

PARRAINER, C'EST GAGNER !

A la clé, pour vous remercier,
des chèques-cadeaux
multi-enseignes...

Jusqu'à **100 €**
par parrainage
pour vous*

6 mois offerts
pour vos collègues
parrainés**

Mutuelle
complémentaire
des agents publics

* 50 € de chèque cadeau / parrainage, adressé au parrain pour les 5 premiers parrainages effectués
70 € de chèque cadeau / parrainage, adressé au parrain entre le 6^{ème} et le 10^{ème} parrainage
100 € de chèque cadeau / parrainage, adressé au parrain entre le 11^{ème} et le 15^{ème} parrainage
Une smart box d'une valeur de 300 € sera offerte au parrain au 16^{ème} parrainage.

** Pour le filleul parrainé : jusqu'à 6 mois de cotisation offerts pour toute nouvelle adhésion à la Mutuelle Complémentaire : 3 mois offerts la première année d'adhésion, à la signature. 2 mois offerts au premier anniversaire d'adhésion et 1 mois offert au deuxième anniversaire d'adhésion. Cette offre est valable du 2 mai au 31 décembre 2024 et s'applique uniquement à la gamme évolution. Voir conditions sur le site.

Je deviens
parrain



PARRAINER, C'EST GAGNER !

Plus vous parrainez,
plus la somme de vos chèques cadeaux est élevée !

→ Jusqu'à 5 parrainages / an,
vous recevez **50€ de chèque cadeau**
par parrainage

→ Entre 6 et 10 parrainages / an,
vous recevez **70€ de chèque cadeau**
par parrainage

→ Entre 11 et 15 parrainages / an,
vous recevez **100€ de chèque cadeau**
par parrainage

→ Au 16^{ème} parrainage, vous recevez
une **Smart Box d'une valeur de 300 €**

La Mutuelle Complémentaire vous nomme **ambassadeur dès 6 parrainages**
réalisés. En tant qu'ambassadeur, vous participez à des événements exclusifs
tout au long de l'année !

— Votre contact privilégié —



DEVENIR PARRAIN, C'EST FACILE



1 / Complétez

Remplissez le bulletin
de parrainage ci-après
et découpez -le.



2 / Transmettez

Transmettez votre bulletin :
- Envoi par mail à l'adresse
jadhere@mutcomplementaire.fr
- Dépôt auprès de votre conseiller



3 / Recevez

Recevez votre chèque
cadeau à votre domicile,
le mois suivant de
l'adhésion de votre filleul.

Bulletin de parrainage

Le parrain

Nom*

Prénom*

Date de naissance* / /

Adresse*

Ville* Code postal*

Numéro de téléphone*

E-mail*

Établissement/Direction*

Service ou lieu de travail*

Votre filleul(e)

Nom*

Prénom*

Date de naissance* / /

Adresse*

Ville* Code postal*

Numéro de téléphone*

E-mail*

Établissement/Direction*

Service ou lieu de travail*

Date du jour*

*Tous les champs sont obligatoires

EXTRAITS DES STATUTS DE LA MCV PAP - ARTICLE 5

Les membres participants concernés par le parrainage :

Les membres participants sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle.

Peuvent adhérer à la Mutuelle les personnes en activité qui remplissent les conditions suivantes :

a - Les fonctionnaires d'Ile-de-France notamment ceux relevant de l'Assistance Publique, de la ville et du département de Paris, des hôpitaux psychiatriques et des administrations annexes.

b - Les personnels relevant d'établissements de soins de cure et d'hébergement d'Ile-de-France.

c - Leur famille

d - Les autres salariés exerçant leur activité professionnelle dans un établissement, services, d'Ile-de-France relevant de la fonction publique.

e - Les étudiants jusqu'à l'âge de 30 ans des écoles et instituts de la fonction publique, ainsi que les étudiants relevant des écoles médicales

et paramédicales, les enfants ou conjoint(e) de membres participants (étudiants, apprentis, BTS en alternance...). Les internes en médecine et les salariés ne relèvent pas du statut étudiant.

j - Le parrainage d'un salarié du privé est possible à condition qu'il soit parrainé par un membre participant.

Conformément à la loi informatique et libertés n° 78-17 du 06/01/1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès à vos données à caractère personnel, à leur rectification, à leur effacement, à leur limitation, à la portabilité

et à leur opposition sur notre fichier. Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle par courrier : MCV PAP - Délégué à la protection des données - 93545 Bagnolet Cedex.

Document non contractuel

IMPORTANT

POUR L'ADHÉRENT :

En indiquant mon adresse e-mail, j'accepte de recevoir par ce biais des informations commerciales :

- de la part de la Mutuelle Complémentaire. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre
- de la part des partenaires de la Mutuelle Complémentaire. **Si vous ne le souhaitez pas**, cochez la case ci-contre

Je suis informé(e) que mon adresse e-mail pourra être utilisée par la MCV PAP pour me fournir des informations ou des documents. **Si vous ne le souhaitez pas**, cochez la case ci-contre

En indiquant mon numéro de téléphone, j'accepte de recevoir par ce biais des informations commerciales :

- de la part de la MCV PAP. **Si vous ne le souhaitez pas**, cochez la case ci-contre
- de la part des partenaires de la MCV PAP. **Si vous ne le souhaitez pas**, cochez la case ci-contre

Je suis informé(e) que mon numéro de téléphone pourra être utilisé par la MCV PAP pour me fournir des informations. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre

POUR LE FILLEUL(E) :

En indiquant mon adresse e-mail, j'accepte de recevoir par ce biais des informations commerciales :

- de la part de la MCV PAP. **Si vous ne le souhaitez pas**, cochez la case ci-contre

En indiquant mon numéro de téléphone, j'accepte de recevoir par ce biais des informations commerciales :

- de la part de la MCV PAP. **Si vous ne le souhaitez pas**, cochez la case ci-contre

Vous pouvez vous opposer à tout moment à l'utilisation de cette adresse e-mail et/ou ce numéro de téléphone par la MCV PAP.

Pour cela envoyez un courrier à l'adresse suivante :
MCV PAP - Service Gestion de l'Adhérent - 93545
BAGNOLET CEDEX.



Retrouvez toutes les informations sur notre site :
www.mutcomplementaire.fr

Mutuelle
complémentaire
des agents publics