

# PARRAINER, C'EST GAGNER



Jusqu'à  
**150 €**  
par parrainage  
pour vous\*



**6 mois**  
offerts  
pour vos collègues  
parrainés\*\*

Suivez-nous !



Je deviens  
parrain



\* 70 € de chèque cadeau / parrainage, adressé au parrain pour les 5 premiers parrainages effectués, 100 € de chèque cadeau / parrainage, adressé au parrain entre le 6<sup>ème</sup> et le 10<sup>ème</sup> parrainage, 150 € de chèque cadeau / parrainage, adressé au parrain entre le 11<sup>ème</sup> et le 15<sup>ème</sup> parrainage, Une smart box d'une valeur de 400 € sera offerte au parrain au 16<sup>ème</sup> 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 jusqu'au 31 décembre 2025 et s'applique uniquement à la gamme évolution. Voir conditions sur le site.

**Mutuelle**  
complémentaire  
des agents publics

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



Jusqu'à **5 parrainages / an,**

**70€**

de chèque cadeau  
par parrainage

Entre **6 et  
10 parrainages / an,**

**100€**

de chèque cadeau  
par parrainage

Entre **11 et  
15 parrainages / an,**

**150€**

de chèque cadeau  
par parrainage

Au **16<sup>ème</sup> parrainage,**  
vous recevez une Smart Box  
d'une valeur de

**400 €**



## 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](mailto:jadhere@mutcomplementaire.fr)

- Dépôt auprès de votre  
conseiller



### 3. Recevez

Recevez votre chèque  
cadeau par email ou par  
courrier, le mois suivant de  
l'adhésion de votre filleul.

Pensez à vérifier vos  
courriers indésirables.



# 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 :

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

a - Les fonctionnaires d'Île-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'Île-de-France.

c - Leur famille

d - Les autres salariés exerçant leur activité professionnelle dans un établissement, services, d'Île-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 Bagnollet Cedex.

# 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.

— Votre contact privilégié —

