

Le paiement de vos cotisations

Remplissez le mandat de prélèvement (SEPA) ci-dessous et joignez un RIB

La cotisation correspondant aux garanties choisies est prélevée tous les mois sur votre compte bancaire.

Mandat de prélèvement



Par la signature de ce formulaire, j'autorise l'établissement teneur de mon compte à régler directement le montant des factures émises par la **Mutuelle des Clercs et Employés de Notaire** pour le règlement de ma cotisation. En cas de litige sur un règlement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Si un prélèvement revient impayé, les frais bancaires supportés par la MCEN pour la réalisation du paiement seront à ma charge avec un montant minimum de 2,50 €.

PARTIE RÉSERVÉE À LA MCEN

RUM :

Débiteur

Votre Nom _____

Votre Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

IBAN

BIC

Identifiant créancier SEPA : **FR24ZZZ452859**

Créancier

Mutuelle des Clercs et Employés de Notaire

22, rue de l'Arcade

75397 PARIS Cedex 08

Afin de respecter le délai de 14 jours francs entre l'envoi de la notification et le prélèvement sur votre compte, il est possible que celui du mois en cours ne puisse avoir lieu. Dans ce cas, il sera cumulé avec la mensualité suivante.

Règlementation Evin

Le présent contrat s'inscrit dans le cadre des dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée, dite « Loi Evin ». Il permet de bénéficier, en sortie de contrat collectif obligatoire, d'un maintien de garantie pour :

- les « anciens » adhérents bénéficiaires d'une rente d'incapacité, invalidité ou d'une pension de retraite,
- les ayants-droit du salarié décédé, pendant une durée de 12 mois à compter du décès,

sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le décès.

Les cotisations évoluent comme suit :

- 1^{ère} année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- 2^{ème} année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- 3^{ème} année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

En conséquence, les cotisations figurant sur le présent bulletin peuvent évoluer lors du renouvellement des tarifs applicables aux salariés, soit au 1^{er} janvier, et à la date anniversaire de la prise d'effet de l'adhésion au Règlement Mutualiste Individuel.

Validation de votre adhésion

- Je reconnais avoir reçu et pris connaissance du règlement mutualiste individuel, des statuts de la MCEN (téléchargeables sur notre site) et du document d'information sur les produits d'assurance (D.I.P.A).

Je suis informé(e) que je dispose d'un délai de 30 jours, courant à compter de la date d'effet de mon adhésion, pour exercer ma faculté de renonciation par lettre recommandée avec avis de réception à la MCEN, 22 rue de l'arcade, 75397 Paris Cedex 8.

La quote-part de cotisations déjà versée me sera remboursée par la MCEN dans un délai de 30 jours.

Modèle de lettre de renonciation à adresser par pli recommandé à :

MCEN
22, rue de l'Arcade
75397 PARIS CEDEX 08

Je soussigné(e) : Nom, Prénom, adresse, N° d'adhérent

Déclare, en application des articles L. 221-18 et L. 223-8 du code de la mutualité, renoncer à mon adhésion à la Mutuelle des Clercs et Employés de Notaire et m'engage à rembourser toutes les prestations reçues à la suite de cette adhésion.

- Je reconnais avoir été informé(e) et conseillé(e) sur la définition, le fonctionnement et l'étendue de la garantie retenue et reconnais que cette offre correspond aux besoins, budget et exigences que j'ai communiqués.
- Je confirme que les déclarations ou réponses qui ont servi de base à l'établissement du présent document sont sincères et exactes et reconnais avoir pris connaissance du devoir de conseil que je signe en connaissance de cause.
- Je consens à ce que les données de santé collectées soient exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle, conformément à son objet.

Fait à :

Date :

Signature précédée de la mention : « lu et approuvé »

Garanties Individuelles "Loi Evin"

Remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement en vigueur et incluant le remboursement de votre caisse d'assurance maladie obligatoire

SOINS COURANTS	Régime de Base	Régime de Base + Formule 1	Régime de Base + Formule 2
Consultation Généraliste	100% BR (1)	120% BR	150% BR
Consultation Spécialiste, chez un médecin qui :			
- a adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) (2)	230% BR	230% BR	250% BR
- n'a pas adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	200% BR	200% BR	200% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	120% BR	130% BR
Actes de spécialité, actes techniques médicaux	100% BR	120% BR	150% BR
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	100% BR	100% BR
Actes d'imagerie médicale, chez un radiologue qui :			
- a adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) (2)	150% BR	170% BR	200% BR
- n'a pas adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	100% BR	120% BR	150% BR
Transport	100% BR	100% BR	100% BR
Ostéopathie, Chiropractie, étiopathie, sophrologie, ergothérapie, acupuncture, psychomotricité, diététicien, pédicure	150 € / an / bénéficiaire	165 € / an / bénéficiaire	180 € / an / bénéficiaire
Bilan et suivi psychologique	200 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire

(1) BR : Base de remboursement

(2) DPTM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée = OPTAM (Option Pratique Tarifaire maîtrisée) / OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique)

PHARMACIE			
Médicament à service médical rendu majeur, important ou modéré	100% BR (1)	100% BR	100% BR
Médicament à service médical rendu faible (vignette orange)	15% BR	100% BR	100% BR
Contraception remboursée par la sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Contraception non remboursée	50 € / an / bénéficiaire	70 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire
Vaccin anti grippe	100 % FR (3)	100 % FR	100 % FR
Pharmacie prescrite non remboursée (y compris l'homéopathie)	15 € / an / bénéficiaire	20 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire
Sevrage tabagique	30 € / an / bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire	70 € / an / bénéficiaire

(1) BR : Base de remboursement

(3) FR : Frais réels

PROTHÈSE			
Prothèse auditive du panier de soins 100 % Santé - Classe 1 (sans reste à charge)			
Prothèse auditive adulte par appareil (à compter du 1er janvier 2021)	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Prothèse auditive enfant par appareil (< 21 ans) (à compter du 1er janvier 2021)	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Prothèse auditive du panier de soins à honoraires libres - Classe 2			
Prothèse auditive adulte par appareil	100 % BR (1) + 1178 € (4)	150 % BR + 1178 €	200 % BR + 1 178 €
Prothèse auditive enfant par appareil (< 21 ans)	100 % BR + 1 000 € (4)	150 % BR + 1 000 €	200 % BR + 1 000 €
Accessoires pour prothèse auditive : embouts auriculaires, écouteurs, piles, etc	100% BR	100% BR	100% BR
Autres prothèses, appareillages, orthopédie et podologie			
Prothèses capillaire et mammaire	100 % BR + 400 €	150 % BR + 400 €	200 % BR + 400 €
Petit appareillage	100 % BR + 31 €	100 % BR + 60 €	100 % BR + 100 €
Orthopédie – Podologie	125% BR	150% BR	200% BR
Gros appareillage	125% BR	150% BR	200% BR

(1) BR : Base de remboursement

(4) Dans le cadre du contrat responsable, à partir de 2021, les remboursements seront plafonnés à 1700€ y compris la participation de la sécurité sociale. Le remboursement sera limité à un appareil par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, à compter de la date d'achat.

DENTAIRE			
Soins et prothèses du panier de soins 100% santé (sans reste à charge)			
Soins et prothèses dentaires	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Soins hors panier de soins 100% santé (honoraires maîtrisés et libres)			
Soins dentaires	100% BR (1)	120% BR	150% BR
Inlay – Onlay	150% BR	170% BR	200% BR
Prothèses hors panier de soins 100% santé (honoraires maîtrisés et libres)			
Prothèse dentaire et Inlay-core acceptés	500% BR dents visibles (5) 400% BR dents non visibles	500% BR dents visibles 400% BR dents non visibles	500% BR dents visibles 400% BR dents non visibles
Prothèse dentaire refusée	-	200% BR	300% BR
Orthodontie			
Orthodontie acceptée	450% BR	450% BR	450% BR
Orthodontie refusée	193,50 € / semestre	193,50 € / semestre	387 € / semestre
Autres actes dentaires			
Implantologie (hors implant accepté par la sécurité sociale)	550 € / implant	650 € / implant	800 € / implant
Parodontologie non remboursée	200 € / an / bénéficiaire	220 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire

(1) BR : Base de remboursement

(5) Les dents visibles sont les incisives, canines et prémolaires, les dents non visibles sont les molaires et dents de sagesse.

Garanties Individuelles "Loi Evrin"

Remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement en vigueur et incluant le remboursement de votre caisse d'assurance maladie obligatoire

OPTIQUE	Régime de Base	Régime de Base + Formule 1	Régime de Base + Formule 2
Panier 100% santé			
Monture et verres (adultes et enfants) du panier 100% santé	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Panier libre			
Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur par l'opticien	100% BR (1)	100% BR	100% BR
Lunettes adulte (16 ans et +)			
Monture adulte	100 €	135 €	185 €
Verre simple adulte (6)	160 € / verre	210 € / verre	260 € / verre
Verre complexe adulte (6)	200 € / verre	250 € / verre	300 € / verre
Verre très complexe adulte (6)	240 € / verre	290 € / verre	340 € / verre
Lunettes enfant (- 16 ans)			
Monture enfant (- 16 ans)	100 €	120 €	150 €
Verre enfant (- 16 ans) (6)	160 € / verre	180 € / verre	200 € / verre
Lentilles correctives			
Lentilles correctives remboursées par la sécurité sociale	350 € / an / bénéficiaire	400 € / an / bénéficiaire	450 € / an / bénéficiaire
Lentilles correctives non remboursées	170 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	230 € / an / bénéficiaire
Autres actes optiques			
Kératectomie	600 € / œil	650 € / œil	700 € / œil
Implant oculaire	600 € / œil	650 € / œil	700 € / œil

(1) BR : Base de remboursement

(6) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 et verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00.

Pour les assurés de 16 ans et plus : la prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement par période de 24 mois et elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue. Pour les assurés de moins de 16 ans : la prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement par période de 12 mois (par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans) et elle peut être sans délai en cas d'évolution de la vue pour l'acquisition de verres.

HOSPITALISATION (y compris la maternité)			
Frais de séjour (y compris l'ambulatoire)	100% BR (1)	200% BR	250% BR
Honoraires médicaux	100% BR	200% BR	250% BR
Honoraires chirurgicaux, chez un médecin qui :			
- a adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) (2)	220% BR	230% BR	250% BR
- n'a pas adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	200% BR	200% BR	200% BR
Forfait journalier	100 % FR (3)	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	54 € / jour	60 € / jour	80 € / jour
Frais d'accompagnement	31 € / jour	45 € / jour	60 € / jour
Allocation frais accessoires (téléphone, télévision)	-	120 €	150 €

(1) BR : Base de remboursement

(2) DPTM : (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) = OPTAM (Option Pratique Tarifaire maîtrisée) / OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique)

(3) FR : Frais réels

AUTRES			
Cure Thermale			
- Honoraires	100% BR (1)	100% BR	100% BR
- Frais de transport et d'hébergement remboursés par la sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
- Voyage et hébergement non remboursés par la sécurité sociale	50 €	150 €	200 €
Frais d'obsèques (7)	1 525 €	1 525 €	1 525 €
Assistance à domicile - aide à domicile, aide-ménagère, prise en charge des enfants(8)	Voir notice	Voir notice	Voir notice

(1) BR : Base de remboursement

(7) Dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la MCEN pour le compte de ses adhérents

(8) Garantie assurée par Inter Mutuelles Assistance dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la MCEN pour le compte de ses adhérents

PREVENTION ET DEPISTAGE			
Aide à l'achat de masques Covid (sur présentation d'une facture)	15 € / an / bénéficiaire	15 € / an / bénéficiaire	15 € / an / bénéficiaire
L'ensemble des actes de prévention et de dépistage remboursés par la sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Prise en charge du Sport sur ordonnance	120 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire

Conformément à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, nous vous informons que le ratio entre le montant des prestations versées par la MCEN pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties est de 112,90%.

De même, le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion est de 15,01%.**

****Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.**

C E Q U ' I L F A U T S A V O I R . . .

Comprendre mes garanties surcomplémentaires santé

- Vous pouvez augmenter le Régime de Base Santé en choisissant l'une des options de garanties surcomplémentaires proposées.
- Cette option surcomplémentaire s'appliquera également à vos ayants-droit.
- Le changement d'option est possible après expiration d'un délai de 12 mois à compter de la date de souscription. En cas de changement d'option pour une garantie inférieure, vous pourrez reprendre une garantie supérieure passé un délai de trois ans.

Les démarches pour adhérer

Pour adhérer, rien de plus simple :

- remplissez un Bulletin d'Adhésion au Règlement Mutualiste Individuel frais de santé,
- complétez le mandat de prélèvement,
- envoyez le bulletin, le mandat et un RIB à la MCEN – 22, rue de l'Arcade 75397 PARIS CEDEX 08.

La cotisation est prélevée d'avance tous les mois sur votre compte bancaire.

Aucun délai de carence, vos remboursements débiteront au 1^{er} jour de votre adhésion.

Vous recevrez de notre part un échéancier précisant les montants et dates d'échéances. La cotisation sera acquittée mensuellement par prélèvement automatique sur un compte bancaire au nom de l'assuré, ouvert auprès d'une banque française.

Pièces justificatives à joindre

Pièces à joindre dans tous les cas

- Photocopie de l'attestation VITALE pour chaque membre de la famille étant assuré social,
- Photocopie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité et de chaque bénéficiaire majeur,
- Relevé d'Identité Bancaire pour le règlement de vos prestations.

Pièces à joindre selon la situation

Certaines pièces complémentaires sont nécessaires pour le rattachement des concubins, des personnes pacsées et des enfants, reportez-vous à l'article 6.2. du Règlement Mutualiste Individuel.

Les ayant(s)-droit

Avant(s)-droit obligatoires :

Les personnes de votre famille devant obligatoirement être affiliées au contrat sont les suivantes :

- le conjoint ni divorcé ni séparé de corps, à charge de l'adhérent au sens du régime de base, ou dans le cas contraire en mesure de prouver l'absence d'activité professionnelle et l'absence de perception d'aucun revenu d'activité ou de remplacement par la fourniture du dernier avis d'imposition,
- la personne liée à l'adhérent par un pacte civil de solidarité, à sa charge au sens du régime de base, ou dans le cas contraire en mesure de prouver l'absence d'activité professionnelle et l'absence de perception d'aucun revenu d'activité ou de remplacement par la fourniture du dernier avis d'imposition,
- le concubin de l'adhérent à sa charge au sens du régime de base, ou dans le cas contraire en mesure de prouver l'absence d'activité professionnelle et l'absence de perception d'aucun revenu d'activité ou de remplacement par la fourniture du dernier avis d'imposition et d'une attestation sur l'honneur de concubinage,
- les enfants à charge de l'adhérent au sens du régime de base,
- les enfants de l'adhérent âgés de moins de 28 ans, poursuivant des études secondaires ou supérieures dans un établissement ou organisme reconnu par l'Education Nationale et le Ministère du Travail (jusqu'au 31/12 de leur 28ème anniversaire),
- les enfants de l'adhérent âgés de moins de 28 ans sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve de ne pas bénéficier de par ce contrat d'une couverture frais de santé à titre obligatoire (jusqu'au 31/12 de leur 28ème anniversaire),
- les enfants de l'adhérent âgés de moins de 28 ans à la recherche d'un premier emploi en sortie d'études, pendant une durée maximale d'1 an (jusqu'au 31/12 de leur 28ème anniversaire),
- les enfants de l'adhérent reconnus handicapés avant l'âge de 28 ans et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, et bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés.

Ayant(s)-droit facultatifs :

- Peuvent également adhérer les personnes de votre famille suivantes :
- le conjoint ni divorcé, ni séparé de corps bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale,
- la personne liée à l'adhérent par un pacte civil de solidarité bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale,
- le concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale, sous réserve d'attestation sur l'honneur de l'affilié,
- les enfants rattachés, pour le bénéfice des prestations maladie et maternité, au régime du conjoint bénéficiaire de l'affilié,
- les personnes à charge fiscale de l'adhérent.

Garantie d'assistance - Inter Mutuelle Assistance IMA

Ce contrat intègre, sans démarche supplémentaire, un service d'assistance à domicile adapté à vos besoins.

En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile, sous conditions, vous pouvez bénéficier d'une aide-ménagère, du déplacement d'un proche, de soutien scolaire, ... mais aussi, d'informations médicales et juridiques, de conseils nutritionnels, d'assistance psychologique, ...

Reportez-vous à la notice "Assistance santé & prévoyance" et contactez directement IMA 24h/24 au 05 49 34 81 28.

Télétransmission « Noémie »

La MCEN met en place pour tout adhérent le système de télétransmission directe des décomptes de Sécurité sociale. Si vous renoncez à ce que ces décomptes soient directement télétransmis, vous devrez envoyer à MCEN les décomptes originaux et factures pour bénéficier des prestations complémentaires. Pour refuser vous devez le notifier par écrit ci-dessous en inscrivant la mention suivante : « Je refuse que mes décomptes soient directement transmis par mon régime d'obligation » et de signer ci-après :

Résiliation

Vous pouvez résilier votre contrat après expiration d'un délai de 12 mois à compter de la date de souscription. La résiliation prend effet, au plus tard, un mois après que la MCEN en a reçu notification. La résiliation peut être faite : soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration au siège social.

Dès que le contrat est résilié, vous n'êtes redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle vous avez été couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date de résiliation. Les éventuelles cotisations perçues post-résiliation vous seront remboursées par la MCEN dans un délai de maximum de 30 jours.

Protection des données à caractère personnel

Depuis le 25 mai 2018, le règlement général sur la protection des données personnelles (RGPD) est entré en application. Il a pour objectif de mieux protéger les personnes concernant le traitement de leurs données personnelles.

Les informations personnelles et nominatives concernant les assurés, recueillies par la Mutuelle, font l'objet d'un traitement automatisé nécessaire à l'exécution du contrat dont la finalité est de gérer l'adhésion, servir des prestations et proposer des garanties optionnelles à titre individuel.

Dans le cadre de l'application des dispositifs du code monétaire et financier, le recueil de certaines informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.

Les données sont collectées et traitées par la MCEN et par ses partenaires, sous-traitants et prestataires dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées.

En vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, la Mutuelle peut être amenée à communiquer des informations personnelles à des autorités administratives ou judiciaires sur demande ponctuelle écrite et motivée par les textes législatifs fondant le droit de communication.

Aucune information gérée par la Mutuelle ne peut faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des tiers à des fins commerciales.

Le responsable du traitement est la Mutuelle des Clercs et Employés de Notaire située 22, rue de l'Arcade 75397 PARIS Cedex 08.

Les personnels qui ont connaissance des informations données par l'assuré dans le cadre de la gestion du contrat sont tenus au secret professionnel en vertu de l'article L226-13 du Code pénal.

La durée de conservation des données personnelles après une résiliation du contrat ne pourra excéder dix ans.

Les données à caractère personnel sont hébergées en France.

La Mutuelle met tout en œuvre pour sécuriser et préserver les données collectées.

En application de la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016, l'assuré ou son ayant-droit peut demander à accéder aux informations le concernant, les faire rectifier, effacer, limiter le traitement, en demander la portabilité ou s'opposer à leur communication à un tiers. Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier simple accompagné d'un justificatif d'identité à la MCEN, 22 rue de l'Arcade 75397 Paris Cedex 08 à l'attention de la Responsable de la Conformité chargée du droit d'accès.

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3, place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.