

Devenez notre Ambassadeur

Bulletin de parrainage



Vous

Nom* :

Prénom :

Adresse :

CP :

Ville :

Téléphone :

Mobile :

Adresse mail :

N° de contrat :

Votre filleul

Nom* :

Prénom :

Adresse :

CP :

Ville :

Date de naissance :

Téléphone :

Mobile :

Adresse mail :

Nom de l'organisme :

**Je reconnais être informé(e) conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, que les réponses à ce questionnaire sont nécessaires au traitement de ma demande.*

J'autorise l'assureur responsable du traitement, dont la finalité est l'offre d'un produit ou d'un service, à utiliser mes réponses dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui ou auprès des autres sociétés du groupe auquel il appartient.

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui me concerne, que je peux exercer en m'adressant au Service relations clientèle, 277 rue Saint-Jacques, 75256 Paris Cedex 05. Je peux également, pour des motifs légitimes, m'opposer au traitement des données me concernant.

J'accepte de recevoir des offres commerciales de la Mutuelle Saint-Christophe assurances ou des autres sociétés du groupe.