

**Extension Famille  
MBTP SANTÉ****Frais de santé  
Bulletin individuel d'affiliation**

Votre conseiller :

Tél :

N° de devis : 42023 -

Date du devis :

**À remplir par le salarié et l'entreprise et à renvoyer au centre de gestion :**

MBTP SE - Gestion des contrats collectifs  
TSA 30032 - 69307 LYON Cedex 7  
Tél. : 04 27 84 22 84 - contact-entreprise@mutuelle-mbtp.com

 Nouvelle affiliation     Modification d'affiliation**ENTREPRISE**

Entreprise :

N° SIRET : **SALARIÉ·E**Civilité :     Mme     M.N° adhérent\* : N° Sécurité sociale : 

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance : 

Lieu de naissance (CP/ville/pays) : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... Email : .....

Catégorie d'emploi\*\* :

- 
- Personnel cadre
- 
- 
- Personnel non-cadre

Si non-cadre, précisez :

- 
- Ouvrier
- 
- 
- E.T.A.M.

*En cas de modification de l'adhésion suite au changement de situation familiale, merci de préciser le motif :*

.....

\* Si déjà connu, indiquer le N° Client/Adhérent figurant sur votre carte de tiers payant du régime de frais de santé.

\*\* Tel que défini selon la législation en vigueur.

## VOTRE OFFRE EXTENSION FAMILLE

En souscrivant complémentaire santé MBTP votre entreprise vous a ouvert l'accès à la « l'Extension Famille » au profit de vos ayants droits.

Votre entreprise a souscrit le régime de base Référence :

Collège :

**IMPORTANT :** Les garanties souscrites dans le cadre de l'extension Famille sont strictement identiques à celles du salarié.

**Exemple :** Si le salarié est couvert par le régime de BASE, l'extension famille sera alors identique au régime BASE. Si le salarié est couvert par un régime BASE + RENFORT, alors l'extension sera identique à BASE + RENFORT . Si le salarié a choisi une surcomplémentaire à son régime de BASE, l'extension famille s'appliquera également à la surcomplémentaire.

## VOS COTISATIONS

Extension Famille	Cotisations Mensuelles en pourcentage du PMSS <sup>(1)</sup>		Illustration en euros (Base calcul = PMSS <sup>(1)</sup> )	
	Conjoint	Enfant <sup>(2)</sup>	Conjoint	Enfant <sup>(2)</sup>

Cotisations indexées chaque année au 1<sup>er</sup> janvier en fonction de l'évolution du PMSS(1) et de la consommation médicale.

(1) Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale réévalué chaque année - à titre d'illustration PMSS 2024 : 3864 €

(2) Cotisation gratuite à partir du 3<sup>ème</sup> enfant

## PERSONNE(S) À GARANTIR

Les personnes à garantir sont les mêmes que celles couvertes par votre régime entreprise. Toutes les personnes couvertes sur votre régime collectif de base et, le cas échéant, sur MBTP SANTÉ Extension Famille, doivent également l'être sur votre surcomplémentaire.

Personnes à garantir	Nom et prénom	Date et lieu de naissance (CP, ville, pays)	Régime Obligatoire <sup>(1)</sup>	Numéro Sécurité sociale	Cotisations mensuelles <sup>(4)</sup>
Assuré(e)					
Conjoint <sup>(2)</sup>					
1 <sup>er</sup> Enfant					
2 <sup>e</sup> Enfant					
3 <sup>e</sup> Enfant <sup>(3)</sup>					

### TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES

(1) RG = Régime Général | SSI = Sécurité Sociale des Indépendants | AM = Régime local d'Alsace Moselle

(2) Ou le/la concubin(e) ou la personne avec laquelle l'assuré(e) a conclu un PACS

(3) Gratuité des cotisations à partir du 3<sup>e</sup> enfant. Si plus de trois enfants assurés, indiquer les informations sur papier libre. (4) Cotisations mensuelles correspondant à l'âge atteint. Reportez-vous au document « Vos cotisations ».

(4) Reportez-vous au document « Vos cotisations ».

## PAIEMENT ET PÉRIODICITÉ DES COTISATIONS

**Vous devez obligatoirement compléter les informations ci-dessous ainsi que le mandat de prélèvement SEPA si vous optez pour le mode de paiement par prélèvement bancaire.**

**MODE DE PAIEMENT :**  Par chèque (uniquement pour le paiement annuel)  
 Par prélèvement bancaire :  Annuel  Semestriel  Trimestriel  Mensuel

**DATE DE PRÉLÈVEMENT :**  Le 10 du mois

## PAIEMENT ET PÉRIODICITÉ DES COTISATIONS

Je reconnais que le conseiller m'a bien remis le document d'information sur le produit d'assurance.

Je reconnais avoir reçu l'information nécessaire me permettant de déterminer si le contrat de complémentaire santé proposé est cohérent avec mes besoins et ma situation.

Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information.

Les garanties s'appliquent au plus tôt le lendemain suivant la date de réception du bulletin d'adhésion ou à partir de la date d'effet souhaitée si postérieure.

Je demande mon adhésion au contrat collectif d'assurance - **MBTP SANTÉ**, souscrit auprès de **MUT. BATIMENT TRAVAUX PUBLICS SUD-EST** à partir du :

**Date d'effet souhaitée** (lors de l'établissement du devis) :

Je signe mon bulletin d'adhésion ; je l'envoie au centre de gestion dûment complété et signé, avec mon mandat de prélèvement SEPA, mon RIB (ou mon chèque à l'ordre de MUT. BATIMENT TRAVAUX PUBLICS SUD-EST) accompagné des pièces justificatives demandées et **je conserve une copie du présent document.**

**Je déclare avoir informé** mes ayants droit (conjoint(e)/enfant(s)) de cette démarche.

## SALARIÉ(E)

**Date :**

**Signature** (précédée de la mention « Lu et approuvé ») :

## PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIRES

<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>La copie de l'attestation du régime d'assurance maladie obligatoire</b> (Sécurité sociale, régime local d'Alsace Moselle, etc.) du salarié et de ses ayants-droit.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Un relevé d'Identité Bancaire (RIB)</b> dpour le paiement des cotisations des options facultatives.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● La copie d'une pièce d'identité en cours de validité : <b>carte nationale d'identité</b> (recto/verso) ou <b>passport</b>.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Le mandat de prélèvement SEPA</b> daté, signé.</li> </ul>	

## PIÈCES À JOINDRE SELON LE DOSSIER

<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Le certificat de scolarité ou de formation</b> des enfants de plus de 16 ans et jusqu'à leur 26<sup>ème</sup> anniversaire, s'ils poursuivent leurs études.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Si le nom du conjoint (ou concubin ou personne avec laquelle l'assuré-e a conclu un PACS) est différent de l'assuré-e : <b>une attestation de mariage</b> (copie du livret de famille ou certificat de mariage), <b>PACS</b> (copie de la convention de PACS), <b>concubinage</b> (attestation sur l'honneur de vie maritale et copie d'un justificatif mentionnant les deux noms à la même adresse).</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● En cas de non-concordance entre l'adresse de la pièce d'identité et l'adresse figurant sur le document d'adhésion : <b>justificatif de domicile</b> de moins de trois mois (facture d'électricité, service des eaux ou téléphonie, bail, avis d'imposition).</li> </ul>	

Les données personnelles collectées et traitées sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat. Ces informations sont obligatoires et ne sont destinées qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la (ou les) finalité(s) déclarée(s). Les données personnelles collectées ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la réalisation des finalités déclarées et à la gestion des litiges susceptibles d'en résulter, conformément aux règles de prescription applicables et aux règles de conservation des documents comptables.

## CONSEILS À DESTINATION DE L'ENTREPRISE

### Service NOEMIE :

Transmission informatisée des décomptes de Sécurité sociale à MBTP SE pour obtenir automatiquement vos remboursements complémentaires. Vous bénéficiez gratuitement de ce service ainsi que vos ayants droit figurant sur votre attestation de carte vitale. Si votre conjoint (et ses ayants droit) ou vos enfants de plus de 16 ans na sont pas couverts par une autre mutuelle, ils peuvent également bénéficier de ce service en nous adressant une copie de leur attestation de carte vitale. **Attention ! Si vous ou un membre de votre famille ne souhaitez pas le service NOEMIE, nous vous remercions de nous l'indiquer sur courrier libre, à joindre à ce bulletin d'affiliation.**

## FACULTÉ DE RENONCIATION

### **Article L 221-18-1 du Code de la mutualité :**

Toute personne physique qui fait l'objet d'un **démarchage à son domicile**, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par **lettre recommandée (LR) ou recommandé électronique (LRE)** avec demande d'avis de réception pendant le délai de **quatorze jours** calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

### **Article L 223-8 du Code de la mutualité :**

Tout membre participant qui a signé un bulletin d'adhésion auprès d'une mutuelle ou par l'intermédiaire de celle-ci auprès d'une union a la faculté d'y renoncer par lettre, **tout autre support durable** ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 pendant un délai de **trente jours** calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet.

En application de ces textes, vous pouvez renoncer à votre adhésion au présent contrat selon le modèle ci-après :

« Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse, téléphone), déclare renoncer à mon adhésion au contrat XXX référencé (numéro de contrat) du (date). Aussi, je vous prie de bien vouloir annuler cette adhésion et me rembourser l'intégralité des cotisations versées. Date et signature. ».

Aux adresses suivantes : MBTP - TSA 30032 - 69307 Lyon cedex 7 par lettre, LR ou LRE ou sur le site Internet <https://www.mutuelle-mbtp.com/resiliation/> par tout support durable.

Les informations recueillies sur ce document sont enregistrées dans un fichier informatisé par MBTP SUD EST pour la gestion du contrat. La base légale du traitement est l'exécution d'un contrat. Des traitements sont également mis en œuvre dans le cadre de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ou basés sur notre intérêt légitime, comme la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Les données collectées pourront être communiquées aux entités du Groupe APICIL, à ses partenaires et sous-traitants éventuels ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la finalité déclarée. Les données sont conservées pendant une durée de 5 ans à compter de la fin du contrat et pendant une durée de 10 ans à compter de la connaissance du sinistre en cas de décès pour les contrats de prévoyance, à laquelle s'ajoutent les règles de prescription applicables. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également retirer votre consentement, vous opposer au traitement de vos données, exercer votre droit à la portabilité ou définir des directives post mortem. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez écrire à [dpo@mutuelle-mbtp.com](mailto:dpo@mutuelle-mbtp.com) ou à l'adresse **MBTP SUD EST - Service Conformité 5, rue Jean Marie Chavant - 69369 Lyon Cedex 07**. Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Plus de détails sur <https://www.mutuelle-mbtp.com/protection-des-donnees-personnelles/>

