



N° adhérent :

Lyon, le

Objet: Ajout d'un bénéficiaire

Vous avez souscrit au contrat
et souhaitez ajouter à votre contrat, votre

En réponse à votre demande, c'est avec plaisir que nous vous faisons parvenir, ci-joint, un devis personnalisé, ayant valeur d'avenant une fois signé.

Afin de prendre en compte votre demande dans les meilleurs délais, nous vous remercions de bien vouloir nous retourner l'exemplaire, ci-joint, daté et signé et de conserver une copie du présent document.

Nous vous remercions de votre confiance et vous prions d'agréer,
nos sincères salutations.

Votre conseillère



Votre conseillère	Cadre réservé à la gestion	Adhérents
Nom : Tél :	Date du devis : Contrat :	N° adhérent : Date d'effet souhaité (*) :

PERSONNE(S) DÉJÀ INSCRITE(S) AU CONTRATS

Bénéficiaire	Nom et Prénom	Sexe M/F	Date de naissance	RO ⁽¹⁾	Numéro de sécurité sociale ou régime obligatoire	Cotisation mensuelle
Assuré(e)						€
Conjoint ⁽²⁾						€
1 ^{er} enfant						€
2 ^{ème} enfant						€
3 ^{ème} enfant ⁽³⁾						GRATUIT

PERSONNE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S) À GARANTIR

Bénéficiaire	Nom et Prénom	Sexe M/F	Date de naissance	RO ⁽¹⁾	Numéro de sécurité sociale ou régime obligatoire	Cotisation mensuelle
Conjoint ⁽²⁾						€
1 ^{er} enfant						€
2 ^{ème} enfant						€
3 ^{ème} enfant ⁽³⁾						GRATUIT
Total des cotisations mensuelles						€

(1) Régime obligatoire : RG= Régime général / AM= Régime Local d'Alsace Moselle

(2) A défaut, le concubin ou la personne avec laquelle l'assuré(e) a conclu un PACS

(3) Gratuité des cotisations à partir du 3^{ème} enfant - gratuité des enfants de 0 à

Si plus de 3 enfants assurés, indiquer les informations sur papier libre.

(*) Au plus tôt au lendemain de la réception de votre demande d'adhésion signée.

Vos cotisations s'entendent toutes taxes comprises.

Les tarifs proposés dans ce document sont des tarifs pour l'année en cours, ils peuvent évoluer au 1^{er} janvier de l'année qui suit, en fonction de l'âge de l'assuré(e) et de ses ayants droit, l'évolution de la consommation médicale et des résultats du contrat.

Je soussigné(e) certifie complets et exacts les renseignements portés sur cette demande.

Je renvoie ce devis à mon centre de gestion, dûment complété et signé, accompagné des pièces justificatives demandées, et je conserve une copie du présent document.

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

L'assuré(e)

Date:

Signature:

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 seront 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. Toute personne concernée peut en demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, demander une limitation du traitement ou s'y opposer, et définir des directives post mortem en écrivant à dpo@mutuelle-mbtp.com ou à l'adresse : MBTP SE – Délégué à la protection des données (DPO)- Service Conformité - 5 rue Jean Marie Chavant - 69369 LYON Cedex 07. Si elle estime que ses droits ne sont pas respectés, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL. Plus de détails sur <https://www.mutuelle-mbtp.com/protection-des-donnees-personnelles/>



PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DEVIS PERSONNALISÉ

Merci de retourner votre devis personnalisé daté, signé et accompagné des documents mentionnés ci-dessous :

PIÈCES OBLIGATOIRES

● La copie de la carte nationale d'identité (recto/verso) ou le passeport du titulaire du contrat. En cours de validité	
● La copie des attestations du régime d'assurance maladie obligatoire des nouvelles personnes à garantir.	
● Une attestation de mariage si le nom du conjoint est différent de celui de l'assuré(e) (copie du livret de famille ou certificat de mariage), PACS (copie de la convention de PACS), concubinage (attestation sur l'honneur de vie maritale et copie d'un justificatif mentionnant les deux noms à la même adresse)	
● Une copie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance de l'enfant. Dès que votre enfant est enregistré à la Sécurité sociale, la copie de l'attestation de carte Vitale sur laquelle il apparaît.	
● Le certificat de scolarité ou de formation des enfants de plus de 16 ans, personnellement immatriculés	

PIÈCES SUPPLÉMENTAIRES

● Le RIB de chacune des personnes souhaitant percevoir le paiement de ses prestations « remboursement frais de soins », avec l'accord de l'assuré principal	
--	--

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 ou par envoi recommandé électronique 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. »

En application de ce texte, vous pouvez renoncer à cette modification en notifiant votre souhait à l'assureur, par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée au centre de gestion, selon le modèle : [Cliquez-ici](#)

Le courrier est à envoyer à : MBTP SE 5 rue Jean-Marie Chavant 69307 Lyon cedex 07