

# BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION

## MBA ADAPT FACULTATIF

**m.b.a**  
MUTUELLE  
QUI VOUS PROTÈGE D'AUSI PRÈS?

Affiliation Avenant

### IDENTIFICATION

BENEFICIAIRE A ASSURER	ASSOCIATION
NOM* : .....	N° Adhérent : .....
Nom de naissance : .....	Raison sociale* : .....
Prénom* : .....	N° SIRET* : .....
N° Sécurité Sociale* : [.....]	Adresse : .....
Date de naissance* : [.....]	.....
Adresse* : .....	Code Postal : [.....] Ville .....
.....	
Code Postal* : [.....] Ville* : .....	Date d'affiliation du bénéficiaire au contrat* : [.....]
Téléphone* : [.....] Mobile : [.....]	
E-mail* : .....	

### GARANTIES\*

Je retiens la formule suivante, dans les conditions décrites dans la notice d'information :

GARANTIES ET COTISATIONS				
Garantie Retenue		Formule 1	Formule 2	Formule 3
Montant des cotisations mensuelles	Moins de 65 ans	40,93 €	57,13 €	70,46 €
	Entre 65 et 80 ans	55,13 €	76,95 €	94,90 €
	Plus de 80 ans	68,93 €	96,20 €	118,64 €
	Enfant	24,56 €	34,27 €	42,27 €

Date d'effet de l'adhésion souhaitée\* : [.....] (ou date de modification)

### COTISATIONS

La cotisation est prélevée sur le compte du bénéficiaire assuré. La cotisation est payable d'avance. Nous vous remercions de bien vouloir nous transmettre un mandat SEPA complété et signé.

Périodicité de prélèvement souhaitée\* :

Mensuelle    Trimestrielle    Semestrielle    Annuelle

# BÉNÉFICIAIRES A AFFILIER

	NOM*	PRÉNOM*	DATE DE NAISSANCE*	N° SÉCURITÉ SOCIALE* (2)
Conjoint <sup>(1)</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe	F M			
1 <sup>er</sup> enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe	F M			
2 <sup>e</sup> enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe	F M			
3 <sup>e</sup> enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe	F M			
4 <sup>e</sup> enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe	F M			

### Pour faciliter l'enregistrement de votre déclaration :

Les données obligatoires pour le traitement de votre dossier sont indiquées par la présence d'un astérisque (\*).

- Remplissez le tableau des bénéficiaires de votre contrat Santé ci-dessus.
- Joignez les pièces suivantes :
  - La photocopie de l'attestation jointe à votre carte vitale, et celle pour chaque membre de votre famille bénéficiant du contrat.
  - Le mandat de prélèvement SEPA dûment complété afin de permettre le prélèvement automatique des cotisations,
  - Votre relevé d'identité bancaire (RIB) pour percevoir les remboursements.
 Si vous êtes concernés :
  - une attestation de PACS ou une attestation sur l'honneur de vie commune (concubinage),
  - une copie du dernier avis d'imposition pour les enfants fiscalement à charge,
  - une copie des certificats de scolarité pour les enfants fiscalement à charge justifiant de la poursuite d'études au-delà de la 21<sup>e</sup> année.
- Datez et signez votre bulletin individuel d'adhésion.

### Votre bulletin individuel d'adhésion est à retourner :

**Par e-mail :**  
gestion.entreprise@mbamutuelle.com

Ou

**Par courrier :**  
M.B.A Mutuelle  
Service Gestion des Entreprises  
62 Boulevard Jean Mermoz  
35 207 RENNES Cedex 2

SIGNATURE DU BENEFICIAIRE ASSURE	SIGNATURE DE L'ASSOCIATION
Je certifie sincères et véritables les informations figurant sur ce document et j'atteste avoir reçu un exemplaire des statuts et des notices d'information associées au contrat. J'ai été informé(e) par la Mutuelle de la faculté de mettre fin à mon affiliation au contrat collectif facultatif souscrit par mon association à tout moment, sous réserve que mon affiliation ait plus d'un an, conformément à la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019. Dans ce cadre, la demande de radiation doit être adressée à la Mutuelle par courrier, par déclaration remise contre récépissé dans une des agences M.B.A Mutuelle ou par tout autre support durable. Afin de permettre le remboursement rapide de mes soins de santé, j'autorise l'échange d'information par télétransmission entre ma caisse d'assurance maladie et M.B.A Mutuelle.	Je soussigné, certifie que le bénéficiaire ci-dessus désigné, est présent aux membres de l'association à la date de signature du présent bulletin.
Fait à ....., le <input type="text"/>	Fait à ....., le <input type="text"/>
<b>Signature du bénéficiaire précédée de la mention « lu et approuvé »</b>	<b>Cachet de l'association</b>

<sup>(1)</sup> conjoint, pacsé, concubin  
<sup>(2)</sup> sous lequel sont effectués les remboursements

M.B.A Mutuelle est sensible à la protection des données personnelles et s'engage au respect des dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données et de la Loi Informatique et Liberté. A ce titre, les données collectées ont pour seule finalité la gestion et l'exécution du contrat et le respect de la réglementation.

Le responsable de traitement de M.B.A Mutuelle est le Directeur Général. Il peut être contacté, pour l'exercice du droit lié aux données à caractère personnel (accès, rectification ou effacement, limitation, opposition, portabilité) selon les modalités suivantes :

- Par courrier postal à l'adresse suivante : M.B.A Mutuelle, Délégué à la Protection des Données, 62 Boulevard Jean Mermoz CS 90739 35207 RENNES Cedex 2.
- Par courriel : [dpo@mbamutuelle.com](mailto:dpo@mbamutuelle.com)

M.B.A Mutuelle apporte la plus grande attention aux données personnelles de ses membres participants, néanmoins si le membre participant considère que le traitement des données le concernant porte atteinte à ses droits, il dispose de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL :

- Par courrier postal : CNIL, 3 Place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07
- Par internet : <https://www.cnil.fr/fr/plaintes>

Pour en savoir plus sur la politique de protection des données à caractère personnel de M.B.A Mutuelle, des explications complémentaires sont disponibles sur le site internet de M.B.A Mutuelle : [www.mbamutuelle.com](http://www.mbamutuelle.com). Conformément à l'article L.223-2 du Code de la Consommation, vous disposez du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique auprès de l'organisme BLOCTEL.