Bulletin de couverture

Numéro de Sécurité sociale à compléter impérativement

BTP SANTÉ
Amplitude

Comment être couvert ?
Vous devez au préalable être couvert par la garantie BTP Santé Entreprise, par l'intermédiaire de votre employeur.
Pour bénéficier de BTP Santé Amplitude, complétez, signez et retournez ce bulletin à votre direction régionale PRO BTP.

Salarié

☐ Mme ☐ M. Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Né(e) le

N° de Sécurité sociale : à indiquer impérativement en haut à droite de la page

Régime de Sécurité sociale [1]

Régime de Sécurité sociale du conjoint (époux(se), concubin(e), pacsé(e)) [1]

Adresse : .....

.....

Code postal Ville : .....

Téléphone fixe* Téléphone portable*

** ☐ Je ne souhaite pas être informé(e) des actualités et offres du Groupe PRO BTP par téléphone.*
Conformément à la loi n°2014-344, tout consommateur dispose du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique nommée Bloctel.

E-mail* : ..... @ .....

** ☐ Je souhaite être informé(e) des actualités et offres du Groupe PRO BTP par e-mail.*

Garantie BTP Santé Amplitude

☐ **Amélioration de garantie Amplitude :**

Je souhaite améliorer le niveau des garanties pour les membres de mon foyer couverts par mon entreprise et je choisis le niveau de couverture ci-dessous.
Ce niveau doit être supérieur à la garantie souscrite par l'entreprise pour au moins un module (S ou P)

☐ S1.P2 ☐ S2.P1 ☐ S2.P2 ☐ S2.P3 ☐ S3.P2 ☐ S3.P3 ☐ S3.P3+ ☐ S3+.P3
☐ S3+.P3+ ☐ S3+.P4 ☐ S4.P3+ ☐ S4.P4

ou

☐ S4.P5 ☐ S5.P4
Attention, le choix d'une des 2 garanties S4.P5 ou S5.P4 est soumis à une éligibilité règlementaire.
Renseignez-vous auprès de votre conseiller PRO BTP.

BTP Santé Amplitude est une offre de «Complément individuel de Frais médicaux» de BTP-PRÉVOYANCE, dont le règlement est disponible sur simple demande.

☐ **Extension de bénéficiaires Amplitude :**

Je souhaite étendre ma couverture à d'autres membres de mon foyer non couverts par mon entreprise. Ils bénéficieront alors d'un niveau de couverture identique à celui dont je bénéficie au titre de ma couverture collective ainsi qu'éventuellement de mon amélioration de garanties Amplitude

Bénéficiaires (en plus du salarié et des bénéficiaires du contrat BTP Santé Entreprise)

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	N° de Sécurité sociale	Régime [1]	Lien de parenté [2]

(1) Indiquez le régime de Sécurité sociale (G pour régime général, TSA pour régime local de Sécurité sociale du Haut-Rin, du Bas-Rhin et de la Moselle)
(2) C=conjoint, E=enfant, A=autre.

IMP PAR

SNTP 0523 – V3 – 10/2017 – PAPB1V

PRO BTP

Entreprise (facultatif)

Nom de l'entreprise .....

Adresse .....

Code postal |_|_|_|_|_| Ville .....

Garantie souscrite par votre entreprise : ❑ S1 ❑ S2 ❑ S3 ❑ S3+ ❑ S4 ❑ S5
❑ P1 ❑ P2 ❑ P3 ❑ P3+ ❑ P4 ❑ P5 ❑ P6

Date d'effet de la couverture

À la date suivante |_|_|_|_|_|_|_|_|

(cette date est fixée au 1er jour qui suit la présente demande et ne peut être rétroactive).

Délai de renonciation

Toute demande de couverture s'accompagne d'un droit à renonciation pendant les 14 jours suivant la signature du bulletin de couverture. Pour être valablement exercé, ce droit à renonciation doit être signifié aux services gestionnaires de l'institution par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Les cotisations sont alors remboursées, sauf si un fait générateur mettant en jeu la garantie du règlement est intervenu pendant le délai compris entre la couverture initiale et la renonciation.

Paiement des cotisations

Le règlement des cotisations s'effectue mensuellement et d'avance, uniquement par prélèvement automatique sur un compte bancaire.

Signature du salarié

J'atteste que l'ensemble des bénéficiaires non couverts par le contrat collectif de mon entreprise ne sont pas couverts, à compter du jour d'effet de la présente demande, par une autre assurance complémentaire santé responsable (auprès d'une institution de prévoyance, d'une mutuelle ou d'une société d'assurance), et m'engage à ce qu'ils ne souscrivent pas d'autres complémentaires pendant toute la durée de ma couverture.

Fait à ....., le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement BTP-PRÉVOYANCE relatif aux frais médicaux individuels.
Il est disponible sur **www.probtp.com/cgsurcomplementaire** ou auprès de mon conseiller PRO BTP.

Signature du salarié (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

Pièces à joindre obligatoirement

- Un relevé d'identité bancaire.
- Le mandat de prélèvement SEPA ci-après, dûment complété et signé.

Et, pour une extension de bénéficiaires

- Pour chaque bénéficiaire déclaré au contrat, la photocopie de l'attestation papier, jointe à la carte Vitale sur laquelle il(s) figure(nt).
- Pour le conjoint, les justificatifs de vie commune (voir règlement).
- Pour les enfants de 18 ans et plus, les justificatifs de charge (voir règlement).

IMP
PAR

SNTP 0523 – V3 – 10/2017 – PAPB1V

BTP-PRÉVOYANCE responsable de traitement, pourra être amenée à traiter vos données à caractère personnel, ainsi que celles de vos bénéficiaires, notamment pour la souscription, la gestion et l'exécution de votre contrat et de ses garanties, la gestion de la relation clients et la prospection commerciale. Les données collectées sont indispensables à ces traitements.
Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite loi «Informatique et Libertés», vous et vos bénéficiaires disposez d'un droit d'interrogation, d'accès et de rectification de vos données et d'opposition à leur traitement, que vous pouvez exercer auprès de votre Direction régionale dont les coordonnées figurent sur le site Internet de PRO BTP, par courrier postal accompagné d'une copie de votre pièce d'identité.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Prélèvement récurrent

Titulaire du compte à débiter :

☐ Mme ☐ M. Nom : ..... Prénom : .....

Adresse .....

Code postal ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Ville ..... Pays .....

Coordonnées bancaires :

IBAN

BIC

Créancier :

BTP-PRÉVOYANCE
7 rue du Regard
75294 PARIS CEDEX 06

Identifiant Créancier SEPA : FR 82 ZZZ 584608

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez BTP-PRÉVOYANCE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de BTP-PRÉVOYANCE. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les huit semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, ou, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Fait à ..... le 2 0 Signature :

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

IMP
PAR

PAHK1W