

Convention de Participation santé

Les étapes de l'adhésion en ligne



1^{re} mutuelle des agents
des services publics locaux

ÊTRE UTILE EST UN BEAU MÉTIER



Comment les agents peuvent adhérer ?



L'adhésion en ligne avec signature électronique

Bulletin d'adhésion électronique

(à titre exceptionnel : bulletin d'adhésion papier)

RIB pour le paiement des prestations

Attestations de droits CPAM pour l'ensemble des assurés (ameli.fr)

Le bulletin de salaire de l'agent territorial pour le N° de matricule

Les documents requis pour réaliser son adhésion


- Un lien URL et QR code est mis à disposition pour chacune des collectivités signataires
- Ce lien ne permet pas de mettre un devis mais de saisir directement une adhésion

> Adhésion effective soit le lendemain de la signature, soit à une date choisie (en lien avec résiliation par exemple)

Résiliation des garanties actuelles :

- **résiliation infra annuelle** : résiliation de son contrat à tout moment après un an d'ancienneté directement auprès de son assureur actuel
- **résiliation à date annuelle** (fréquemment le 1er janvier avec courrier recommandé avant le 31 octobre)

Un pas à pas disponible pour accompagner les agents



**CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF SANTÉ
NOM COLLECTIVITE XXXXXXXX**

**J'ADHÈRE À UN CONTRAT SANTÉ
VIA UN e-BULLETIN D'ADHÉSION**

Afin de simplifier vos démarches, nous vous accompagnons pas à pas pour **adhérer en ligne**. Simple et rapide, une adhésion en santé est réalisée en 6 étapes décrites ci-après.

Avant de démarrer votre adhésion en ligne, vous devez vous munir des pièces justificatives suivantes :

- ✓ Votre RIB préalablement scanné ou téléchargé via votre compte bancaire en ligne
- ✓ Votre numéro de matricule inscrit sur votre bulletin de salaire
- ✓ Votre attestation de Sécurité sociale de moins de 3 mois
- ✓ L'attestation de Sécurité sociale de vos bénéficiaires, si vous souhaitez couvrir vos proches

Vous n'avez pas besoin de joindre les pièces justificatives lors de l'adhésion, vous devez juste renseigner les informations demandées.

i Munissez-vous également de votre téléphone portable, un SMS vous sera envoyé pour valider votre adhésion.

Bon à savoir : vous pouvez télécharger votre attestation de Sécurité sociale via votre compte sur ameli.fr. Si vous n'avez pas de compte, demandez votre mot de passe que vous recevrez sous 10 jours. Vous pouvez également l'obtenir sur une borne CPAM.

1 J'ACCÈDE AU PARCOURS e-BULLETIN D'ADHÉSION

- ✓ Je saisis l'adresse URL dans la barre de mon moteur de recherche internet : **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** (ou je scanne le QR code ci-contre).

QR CODE

et/ou

- ✓ Je clique sur le lien vers le bulletin d'adhésion électronique présent dans l'intranet de ma collectivité.

i J'accepte les conditions liées à la protection des données. Je coche et je clique sur « Démarrer l'adhésion » dans l'encadré.

2 JE CHOISIS MA GARANTIE

- ✓ Je me munis des pièces justificatives listées ci-dessus.
- ✓ Je consulte les garanties proposées dans « Vos documents ».
- ✓ Je sélectionne le niveau de mon choix et je clique sur « Je complète mon profil ».
- ✓ J'adhère au 01/01/2026, ou à ma date d'embauche si je suis embauché(e) après.

3 JE RENSEIGNE MON PROFIL

- ✓ Je renseigne mes informations personnelles : nom, prénom, adresse, numéro de matricule, numéro de sécurité sociale et organisme de rattachement...
- ✓ Je renseigne mon numéro de téléphone sans espace, point ou tiret. Exemple : 0972720202

i Le numéro d'organisme de rattachement se trouve sur la 2^{ème} page de l'attestation de sécurité sociale.

Organisme de rattachement sécurité sociale
D1 331 XXXX

4 JE RENSEIGNE MES COORDONNÉES BANCAIRES

- ✓ Je renseigne le RIB pour bénéficier du remboursement des prestations

i Je renseigne mon numéro IBAN sans espace.

5 JE RENSEIGNE LES INFORMATIONS DE MES BÉNÉFICIAIRES (optionnel)

- ✓ Je clique sur « Ajouter un bénéficiaire » pour chaque bénéficiaire que je souhaite ajouter
- ✓ Je renseigne les informations personnelles du bénéficiaire
- ✓ Je clique sur « Ajouter ce bénéficiaire »

6 JE VALIDE ET JE SIGNE

- ✓ Je contrôle les informations saisies.

i Je peux modifier les informations de l'écran précédent en cliquant sur « Modifier mon profil » ou « Modifier mes garanties ».

- ✓ Je clique sur « J'adhère à la MNT »
- ✓ Je reçois un e-mail de confirmation dans les minutes suivant mon adhésion et un code de validation par SMS pour finaliser la signature.

Il se peut que cet e-mail soit dans vos spams, n'hésitez pas à vérifier.



Dès réception de votre carte adhérent (attestation Tiers payant), vous pourrez activer votre Espace adhérent MNT en vous connectant à ADHERENTS.MNT.FR si vous n'en avez pas encore.

Vous accéderez à tout moment à l'ensemble de vos informations, services et avantages depuis votre ordinateur, tablette ou smartphone.

Agence MNT de XXXXX
ADRESSE AGENCE

09 72 72 02 02
du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30
(prix d'un appel local)



L adhésion en ligne

Reprendre le QR CODE ou le lien URL de la collectivité



DEMANDE D'ADHÉSION AU CONTRAT COLLECTIF SANTE

Mairie de [REDACTED]
N° SIRET : [REDACTED]
CONVENTION DE PARTICIPATION SANTE DU CDG [REDACTED]

Connexion lien

1 RGPD Accepter

2 Démarrer mon adhésion

1 RGPD - POURQUOI AVONS-NOUS BESOIN DE VOS DONNÉES ?

Les données à caractère personnel mentionnées au soutien du présent bulletin sont collectées par la MNT. Ces données sont destinées à la gestion de votre adhésion, à l'organisation de la vie institutionnelle relevant des statuts ainsi qu'à l'exécution de prescriptions réglementaires par les personnels habilités de la MNT ainsi que de ses partenaires et sous-traitants et leur traitement est fondé sur la nécessaire exécution du contrat. La non-fourniture des données a pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus. Les données collectées sont conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat et pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance. Vous pouvez prendre connaissance de vos droits attachés à vos données en vous référant à la notice d'information de votre contrat ou en cliquant ici.

J'accepte de fournir mes données selon les conditions liées à la RGPD *

2 DÉMARRER MON ADHÉSION

Avant de commencer

Veillez vous munir des éléments justificatifs suivants :

- RIB
- Attestation de sécurité sociale (disponible sur votre interface ameli.fr)
- Numéro de matricule (inscrit sur votre bulletin de paie)

Vos documents

Veillez prendre connaissance des documents suivants :


- Mes garanties
- Le document d'information sur le produit d'assurance
- Ma notice d'information contrat
- Le règlement général sur la protection des données

Les données à caractère personnel mentionnées au soutien du présent formulaire sont collectées par la MNT, responsable de traitements. Ces données sont destinées à la gestion de votre adhésion, à l'organisation de la vie institutionnelle relevant des statuts ainsi qu'à l'exécution de prescriptions réglementaires par les personnels habilités de la MNT ainsi que de ses partenaires, distributeurs et sous-traitants et leur traitement est fondé sur la nécessaire exécution du contrat. La non-fourniture des données précédées d'un astérisque (*) a pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus. Les données collectées sont conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat et pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance. Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, la rectification ou l'effacement de celles-ci ainsi que le droit de communiquer des directives concernant le sort de vos données après votre décès. Vous disposez encore du droit de solliciter, pour motif légitime, la limitation du traitement, de vous opposer audit traitement et du droit à la portabilité des données. Vous pouvez exercer vos droits, en justifiant de votre identité par tout moyen, en vous adressant au délégué à la protection des données de la MNT par email à l'adresse suivante : dpo@mnt.fr ou par courrier à l'adresse de la MNT. La copie d'un titre d'identité comportant la signature du titulaire pourra éventuellement vous être demandée. Vous avez également le droit d'introduire une réclamation relative à la protection des données auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sié, 3, Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07 ou www.cnil.fr.

L agent a la possibilité de consulter

- La plaquette du contrat collectif santé
- le document d'information sur le produit d'assurance
- La notice d'information du contrat

L adhésion en ligne : choix des garanties




DEMANDE D'ADHÉSION AU CONTRAT COLLECTIF SANTE

Mairie de [REDACTED]

N° SIRET : [REDACTED]

CONVENTION DE PARTICIPATION SANTE DU CDG [REDACTED]

Mes garanties > Mes informations contractuelles > Mes bénéficiaires > Récapitulatif & validation

 **CONSULTER MES OFFRES**

Votre formule de base *


NIVEAU 1

NIVEAU 2




NIVEAU 3


NIVEAU 4

4 VALIDER





 **Avant de commencer**

Veillez vous munir des éléments justificatifs suivants:

-  RIB
-  Attestation de sécurité sociale (disponible sur votre interface ameli.fr)
-  Numéro de matricule (inscrit sur votre bulletin de paie)

 **Vos documents**

Veillez prendre connaissance des documents suivants :

-  [Mes garanties](#)
-  [Le document d'information sur le produit d'assurance](#)
-  [Ma notice d'information contrat](#)
-  [Le règlement général sur la protection des données](#)

Les données à caractère personnel mentionnées au soutien du présent formulaire sont collectées par la MNT, responsable de traitements. Ces données sont destinées à la gestion de votre adhésion, à l'organisation de la vie institutionnelle relevant des statuts ainsi qu'à l'exécution de prescriptions réglementaires par les personnels habilités de la MNT ainsi que de ses partenaires, distributeurs et sous-traitants et leur traitement est fondé sur la nécessaire exécution du contrat. La non-fourniture des données précédées d'un astérisque (*) a pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus. Les données collectées sont conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat et pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance. Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, la rectification ou l'effacement de celles-ci ainsi que le droit de communiquer des directives concernant le sort de vos données après votre décès. Vous disposez encore du droit de solliciter, pour motif légitime, la limitation du traitement, de vous opposer audit traitement et du droit à la portabilité des données. Vous pouvez exercer vos droits, en justifiant de votre identité par tout moyen, en vous adressant au délégué à la protection des données de la MNT par email à l'adresse suivante : dpo@mnt.fr ou par courrier à l'adresse de la MNT. La copie d'un titre d'identité comportant la signature du titulaire pourra éventuellement vous être demandée. Vous avez également le droit d'introduire une réclamation relative à la protection des données auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sise, 3, Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07 ou www.cnil.fr.

3

4

3

Choix du niveau de garantie

4

Valider

L adhésion en ligne : les informations personnelles

Mes informations contractuelles

Civilité *

Monsieur

Madame

Nom *

Prénom *

Date de naissance *

JJ/MM/AAAA

Situation familiale *

Pays de naissance *

Êtes-vous déjà adhérent de la MNT ? *

Adhérent de la MNT *

5

5

Renseigner les informations
personnelles

L adhésion en ligne : les coordonnées

Mes coordonnées

6

N° de voie

Extension

Libellé voie

Complément d'adresse

Complément d'adresse 2

Code postal *

7

Numéro de téléphone portable *

Numéro de téléphone fixe

8

Email *

6

Renseigner ses coordonnées postales

7

Le N° de portable indiqué recevra lors de l'étape suivante, le code par SMS lui permettant de signer électroniquement son bulletin d'adhésion.

8

Un email valide qui permettra de recevoir le bulletin d'adhésion signé accompagné des pièces nécessaires

L adhésion en ligne : le régime sécurité sociale

Se munir de son attestation sécurité sociale télécharger sur son compte Ameli

Ma sécurité sociale

Ces informations sont nécessaires pour mettre en place la liaison avec votre organisme de gestion du Régime Obligatoire.

Numéro de sécurité sociale * Clé *

Régime social *

Régime général Régime Alsace-Moselle

Souhaitez-vous la télétransmission ? *

Oui Non

Organisme de rattachement sécurité sociale [Besoin d'aide?](#)

L'organisme d'affiliation est votre gestionnaire du Régime Obligatoire. Il est inscrit sur votre attestation de sécurité sociale.

Grand régime * N° de caisse * Centre de paiement *



9

Mon numéro : 1 04 03 79 191 374 04
Mon nom ou celui de mon avant droit :

Attestation de droits à l'assurance maladie

Valable du 01/09/2023 au 31/08/2024 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

Organisme de rattachement sécurité sociale	Code gestion	N° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	Modulation du ticket modérateur
01 791 5611	12	1 04 03 79 191 374 04	

9

L'organisme d'affiliation est votre gestionnaire du Régime Obligatoire. Il est inscrit sur votre attestation de sécurité sociale

L adhésion en ligne : l' emploi

Se munir de son bulletin de salaire



Mon emploi

Quel est votre statut d'agent territorial ? *

Territorial titulaire

Territorial non titulaire

10

Filière*



Matricule*

11

Catégorie*

12

12

Date d'embauche*

JJ/MM/AAAA

Catégorie A , B ou C

11

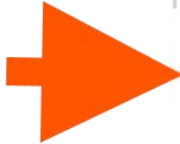
Le N° de matricule se trouve sur le bulletin de salaire

10

Filière administrative , technique , animation culturelle, sociale ,

L adhésion en ligne : les coordonnées bancaires

Se munir de son RIB



Relevé d'Identité Bancaire

Code Banque	Code Guichet	Numéro de compte	Clé RIB	Domiciliation
12345	12345	1234567891A	12	Banque-ville-agence
IBAN [FR00 1234 5123 4512 3456 7891 A12]				
BIC [ABCDEF GH]				
Titulaire Monsieur ou Madame Jean NEAJE				

SPECIMEN

Mes coordonnées bancaires

Cette information est essentielle afin de pouvoir **effectuer le remboursement de vos frais médicaux sur votre compte bancaire**. C'est un moyen simple, rapide et sécurisé de recevoir vos remboursements.

Voici quelques conseils supplémentaires :

- Assurez-vous que le RIB que vous transmettez est correct et à jour.
- Vous pouvez modifier votre RIB à tout moment en vous connectant à votre espace adhérent.

Versement de mes prestations :

13

13

Compléter le titulaire du compte , **IBAN et BIC**
Pour le remboursement des soins

L adhésion en ligne : la date d'effet des garanties

Ma formule

Vous avez choisi la formule **NIVEAU 4**.

Vous bénéficiez d'un contrat individuel auprès d'une autre complémentaire santé depuis + de 1 an ?

Lorsque vous êtes adhérent d'un contrat santé à votre nom depuis plus d'un an, plus de préavis pour résilier votre assurance à tout moment !
Dans ce cas, vous pouvez adhérer à la MNT à partir du **01/01/2026** .
Nous nous chargeons des formalités de résiliation de votre contrat actuel lors de votre adhésion.

Souhaitez-vous que nous accomplissions les formalités de résiliation pour vous auprès de votre précédent organisme assureur ? *

Oui

Non

Veillez renseigner votre souhait de prise en charge de la résiliation

À partir de quand souhaitez-vous être couvert ?

Date d'effet des garanties *

01/01/2026



14

14

Si vous souhaitez que la MNT se charge de la résiliation de votre contrat mutuelle cocher oui

PRÉCÉDENT

VALIDER

L adhésion en ligne : la demande de résiliation

Afin de réaliser la démarche de résiliation à votre place nous avons besoin de votre aide. Merci de compléter les informations relatives à votre ancien contrat mutuelle santé.

Se munir de sa carte de mutuelle pour renseigner les différentes rubriques nécessaires à l'envoi de la résiliation

N° de contrat *	Nom de votre ancienne mutuelle *
<small>Veillez indiquer votre n° de contrat</small>	<small>Veillez indiquer le nom de votre ancienne mutuelle</small>
Adresse de résiliation :	
Raison sociale ou dénomination commerciale *	
<small>Veillez indiquer la raison sociale</small>	
Complément d'adresse	
Complément d'adresse 2	
Numéro de la voie, type et nom de la voie *	
<small>Veillez indiquer le libellé de voie</small>	
Mention de distribution (BP, CS, TSA...)	
Code postal *	Ville *
<small>Veillez indiquer le code postal</small>	<small>Veillez indiquer la ville</small>



15

- Numéro de contrat
- Nom de la Mutuelle/Assurance
- Adresse Mutuelle/ Assurance

Pour les agents déjà adhérents MNT en contrat individuel aucune démarche de résiliation est à effectuer

L adhésion en ligne : l'ajout des bénéficiaires



16

Cliquer sur le bouton correspondant au bénéficiaire à ajouter et compléter les informations demandées

Si Conjoint

- Compléter le N° S. Sociale +Clé
- Sélectionner le choix de télétransmission (oui par défaut –préconisé)
- Et si « OUI » compléter les champs Grand régime/ N° de caisse/Centre de paiement

Si Enfant

- Sélectionner le parent sur lequel est rattaché l'enfant le cas échéant (*ici la mère*)
- Sélectionner le choix de télétransmission (oui par défaut –préconisé)

L adhésion en ligne : Récapitulatif

Mes garanties ● > Mes informations contractuelles ● > Mes bénéficiaires ● > **Récapitulatif & validation**

Vos documents

Veuillez prendre connaissance des documents suivants :

- [Mes garanties](#)
- [Le document d'information sur le produit d'assurance](#)
- [Ma notice d'information contrat](#)
- [Le règlement général sur la protection des données](#)

Vous: assuré principal

Monsieur DUPONT DIDIER	Né le : 31/01/1949	À : EXOREUIL (79400)
Situation familiale : Célibataire		
N° Sécurité sociale : 1 49 01 05 070 001 82	Organisme d'affiliation : 01 791 0000	Régime social : Régime Général
Je souhaite la mise en place de la télé-transmission entre la MNT et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.		
Statut agent : Territorial titulaire	À : Mairie de Joumet	N° SIRET : 218 601 185 00018
Filière : Pompiers	Matricule : 17344	Catégorie : B
Situation d'adhésion : Non adhérent		
Adresse postale : 49 RUE JEAN JAURES 49 RUE JEAN JAURES 79400 SAIVRES	Adresse e-mail : dupont.didier@gmail.com	Téléphone portable : 06 71 90 25 17

Mes garanties

Date d'effet des garanties : 01/01/2026
Formule de base : NIVEAU 4

Je souhaite que la MNT accomplisse les formalités de résiliation auprès de mon organisme assureur actuel.

Nom de votre ancienne mutuelle : AEOSIO	N° de contrat : 0003870696	Adresse de résiliation : MUTUELLE DE POITIERS 30 RUE DENIS PAPIN 16000 ANDOULEME
---	----------------------------	---

Mes coordonnées bancaires

Pour le prélèvement de mes cotisations :

Le prélèvement de vos cotisations sera effectué sur votre salaire

Pour le versement de mes prestations :

Titulaire du compte : DUPONT DIDIER	IBAN : FR76 1131 5000 0104 9055 4199 440	BIC : CMBRFR2BARK
-------------------------------------	--	-------------------

Conditions générales

J'accepte de fournir mes données selon les conditions liées à la RGPD *

J'accepte de recevoir par email des offres et informations de la MNT

J'accepte de recevoir par email des offres des partenaires de la MNT

Signature

Pour finaliser votre adhésion, vous allez être redirigé vers le site de notre partenaire Universign pour procéder à la signature électronique de votre dossier d'adhésion. Un code confidentiel vous sera adressé par sms pour sécuriser votre signature.

Le 20/08/2025,

Je soussigné, DUPONT DIDIER déclare adhérer au présent contrat.

PRÉCÉDENT
JE VALIDE ET SIGNE MON ADHÉSION

Cette étape présente un récapitulatif des données reprises ou complétées, et permet de valider l'adhésion en apposant une signature électronique, validée par un code adressé sur le N° de portable désigné, via un SMS

17

Si tous les éléments sont corrects
Cliquez sur
**« JE VALIDE ET SIGNE
MON ADHESION »**

17

L adhésion en ligne : Validation de l'adhésion

SERVICE DE SIGNATURE ELECTRONIQUE

18

Bonjour MARIE EBA,
Vous vous apprêtez à signer. Lisez les documents, notez les conditions en bas de page puis signez.

UN SIGNATEUR BORDEREAU-ADHESION-MNT
⏪ ⏩ ⏴ ⏵

Contrat collectif santé

BULLETIN D'ADHESION

**Bordeaux Métropole
Bordeaux Métropole**

RÉSERVÉ À LA MNT

N° de CC : 033063-CVS N° de GA : 00

VOUS : ASSURÉ PRINCIPAL

Madame : **MARIE EBA** Nom de naissance :
Née le : 11/11/1981 Â : **ANTIBES (06600)**
Pays : FR

Situation familiale : **Divorcé(e)**
N° de Sécurité sociale : **2811106500500 39** Régime : **Régime général**
Organisme d'affiliation : **01 599 9011**

Je souhaite la mise en place de la télé-transmission entre la MNT et la Caisse d'Assurance Maladie.

MES COORDONNÉES

Adresse postale : Téléphone portable : 0613265965
4 RUE ATHENES Téléphone fixe : 0146000000
75009 PARIS 09 E-mail : **marie-sylvie.jemont@mnt.fr**

MON EMPLOI

Organisation : **Bordeaux Métropole** Agence territoriale : **Oui**
N° SIRET : **24330031600011** Statut agent : **Territorial titulaire**
Statut d'activité : **Actif**
Filière : **Administrative**
Date d'embauche : **01/12/2011**

MES BÉNÉFICIAIRES

Type : **Enfant**
Monsieur **LUCAS EBA** Né le : **11/11/2010**
N° de sécurité sociale : **2811106500500 39** Régime : **Régime général**
Organisme d'affiliation : **01 599 9011**

Je souhaite la mise en place de la télé-transmission entre la MNT et la Caisse d'Assurance Maladie.

MES GARANTIES

Date d'effet : **20/04/2021**
Formule choisie :
Niveau 2

MES COORDONNÉES BANCAIRES

Vous avez opté pour le prélèvement sur salaire.
Dans ce cas, vous autorisez votre employeur à prélever les cotisations dues sur votre salaire.

Contrat assuré et distribué par la Mutuelle Nationale Territoriale, 4 rue d'Athènes - 75009 Paris. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 078 584 relevant du contrôle de l'A.C.P.R. située 4 place de Studepout CS 90494, 75436 Paris Cedex 09.

Page 1



Bascule vers le parcours

18

Le parcours d'adhésion vous redirige vers le site du partenaire de confiance certifié, permettant de disposer de signatures électroniques à valeur juridique.

3 pages vous présentent le récapitulatif de votre adhésion.

Un **code** composé de **4 chiffres**, valable **24h** est adressé par SMS au prospect pour authentification.

Simultanément, un email est adressé au prospect comprenant le **lien** valable **14 jours** lui permettant de signer.

Le code saisi valide l'adhésion



L adhésion en ligne : Signature électronique

Test Editio

ACCEPTER LE DOCUMENT

J'ai lu et j'accepte le document de 3 page(s) ci-dessus.

SIGNER

Vous vous apprêtez à signer :

- bordereau-adhesion-mnt.pdf

Saisissez le code que vous venez de recevoir au 33613285955

Code SMS

Vous n'avez pas reçu le SMS ? Revoir

En cochant cette case, vous reconnaissez avoir lu et vous acceptez les Conditions Générales d'Utilisation d'Universign ainsi que les Conditions Spécifiques d'Utilisation du Service de Signature d'Universign.

En cochant cette case, vous reconnaissez avoir lu et vous acceptez la Politique de Protection des Données Personnelles d'Universign.

Signer

[Refuser de signer](#)

En fin de 3ème page, le prospect doit valider et signer : Il recevra :
 - Par SMS le code à 4 chiffres permettant de signer
 - Par Email le lien permettant de signer

19 **Cocher** la case.
 « J'ai lu et j'accepte le document de 3 pages »

20 Renseigner le **code à 4 chiffres**, reçu par SMS.

21 **Cochez** les cases permettant d'acter l'acceptation des conditions générales et de la politique de protection des données. .

22 Cliquer sur le bouton Signer

L adhésion en ligne : confirmation



VOTRE ADHÉSION

Félicitations!

Vous êtes maintenant adhérent de la MNT!

Vous allez recevoir par email à l'adresse email-cyrie.lamontgarnit@vov.com votre confirmation d'adhésion.
Dès quelques jours, vous recevrez par courrier postal votre carte d'adhésion.

Conformément à l'article L.214-15 du Code de la Mutualité vous bénéficiez d'un droit de rétractation. Vous avez 14 jours calendaires à compter de la date de mise à disposition de votre adhésion pour exercer ce droit. Pour en savoir plus sur ce droit, cliquez sur le lien ci-dessous.

VOS CONTACTS



**CONTACTEZ UN CONSEILLER MNT
AU**

09 72 72 02 02

(prix d'un appel local du lundi au vendredi
de 8h30 à 18h30)



**OU PRENEZ RENDEZ-VOUS EN
AGENCE**

**SUR [MNT.FR/TROUVER-UNE-
AGENCE](https://mnt.fr/trouver-une-agence)**



AGENCE MNT DES DEUX-SEVRES
17 B Rue St Symphorien
79000 NIORT

web-adh-d079@mnt.fr

