



# Santé

## Prévoyance MGAS Séréna Services

L'offre est exclusivement réservée aux agents des ministères ou établissements publics pour lesquels la MGAS est la mutuelle référencée dans le cadre du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007.

### Besoin d'aide pour compléter le bulletin ?

Par téléphone : du lundi au vendredi de 8h30 à 17h00 au 01 44 10 55 55 (n° non surtaxé)

Par e-mail : [relation.adherents@mgas.fr](mailto:relation.adherents@mgas.fr)

Par internet : [mgas.fr](http://mgas.fr)

Par courrier : MGAS - TSA 30129 - 37206 Tours

# DEVOIR D'INFORMATION ET DE CONSEIL (1/2)

À lire attentivement et à compléter.

Avant de signer le bulletin d'adhésion, il est important :

- de poser toutes les questions que vous estimez nécessaires à un conseiller MGAS,
- de lire attentivement le Règlement Mutualiste et les notices, notamment les articles relatifs à la radiation, à la fausse déclaration intentionnelle et non intentionnelle, à la prescription, aux limites des prestations, aux exclusions, aux délais de stage et aux éventuelles franchises.

En adhérant à la MGAS, vous devenez Membre Participant de la MGAS et Membre de l'association MGAS Protection. La prise d'effet des garanties se fera, soit le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion, soit le 1<sup>er</sup> jour d'un mois postérieur si vous en faites la demande sur le présent bulletin. L'adhésion ne peut être rétroactive. L'adhésion est valable pour une année civile et se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

## PROTECTION SANTÉ

Vous souscrivez obligatoirement à la protection santé.

	MGAS Prima	MGAS Optima	MGAS Intégra	MGAS Intégra +
Les soins médicaux courants	●	●●	●●●	●●●●
L'optique, le dentaire et l'appareillage	●	●●	●●●	●●●●
L'hospitalisation	●	●●	●●●	●●●●
La prévention et les médecines douces	●	●●	●●●	●●●●
Mon besoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## MULTI DÉTENTION DE CONTRATS ET LIMITES D'INDEMNISATION

Article 9 de la loi du N°89-1009 du 31/12/1989

« Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. »

Article 2 du décret N° 90-769 du 30/08/1990

« Pour l'application du 2<sup>ème</sup> alinéa de l'article 9 de la loi du 31/12/1989 susvisée, les garanties de même nature, contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit leur date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix. »

## SERVICES ADDITIONNELS INCLUS

Vous bénéficiez de ces services additionnels, tels que décrits au Règlement Mutualiste :

MGAS Assistance (services à la personne assurés par IMA Assurances)	Inclus
Réseaux de soins Santéclair	Inclus
Tiers payant Almerys	Inclus
Assurance scolaire (assurée par La Sauvegarde)	Inclus pour les ayants droit inscrits au contrat et de moins de 29 ans
Action sociale	Inclus
Caution gratuite des prêts immobiliers (MFPrécaution)	Inclus

# DEVOIR D'INFORMATION ET DE CONSEIL (2/2)

À lire attentivement et à compléter.

## PROTECTION PRÉVOYANCE

Vous souscrivez obligatoirement à la protection prévoyance.

	MGAS Séréna	MGAS Séréna +	MGAS Séréna Max
Décès ou Invalidité Permanente et Absolue (IPA)	●	●●	●●●
Complément de perte de traitement ou salaire	●	●●	●●●
Dépendance (assurée par Mutex)	●	●●	●●●
Rente survie solidarité enfants orphelins handicapés	●	●●	●●●
Mon besoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## CONCERNANT LES GARANTIES DÉCÈS OU INVALIDITÉ PERMANENTE ET ABSOLUE (IPA), COMPLÉMENT DE PERTE DE TRAITEMENT OU SALAIRE EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT), RENTE SOLIDARITÉ ENFANTS ORPHELINS HANDICAPÉS :

Les Membres Participants sont soumis à un **délai de stage de 6 mois** à partir de leur date d'adhésion, sauf s'ils justifient d'une ancienneté dans la Fonction Publique inférieure à 5 ans. **Le délai de stage est une période au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas bien que le Membre Participant cotise.**

Par dérogation, le délai de stage n'est pas applicable au Membre Participant, anciennement couvert par une garantie Prévoyance équivalente souscrite auprès d'un autre organisme complémentaire d'assurance maladie, ayant le même objet et dans les mêmes conditions que par la présente garantie, et à la condition que la résiliation de l'ancienne garantie et son adhésion à la présente garantie soient simultanées ; le document de l'organisme mentionnant la garantie dont le Membre Participant était bénéficiaire est à fournir par ce dernier à la MGAS. Le Membre Participant en arrêt de travail ou en temps partiel thérapeutique au moment de la prise d'effet de son adhésion sera admis dans les garanties dès lors qu'il pourra justifier d'une période de reprise d'activité ininterrompue d'une durée de 180 jours. **Les sinistres nés antérieurement à l'adhésion ou pendant le délai de stage ne sont pas indemnisés.**

## CONCERNANT LE VERSEMENT DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS OU D'IPA

En cas d'IPA, le bénéficiaire de la garantie est le Membre Participant lui-même.

En cas de décès, le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par le Membre Participant, qui a le choix entre deux formules décrites ci-après :

### N°1 : La formule générale

«Mon conjoint survivant, non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, ni divorcé ; à défaut, mon concubin ou mon partenaire de PACS (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du Décès) ; à défaut, mes descendants vivants ou représentés ; à défaut mes ascendants ; à défaut, mes héritiers conformément aux principes du droit des successions.»

OU

### N°2 : La formule particulière (à remplir uniquement si vous souhaitez déroger à la formule générale)

Si l'adhérent(e) ne souhaite pas que le capital soit attribué selon la formule décrite ci-dessus, il doit désigner expressément le ou les bénéficiaires de son choix. Dans ce cas, il faut veiller à indiquer l'identité du ou des bénéficiaires de manière claire et interprétable en précisant : nom, prénom(s), date et lieu de naissance, adresse de résidence, n° de téléphone. Si l'adhérent(e) fait le choix de désigner plusieurs bénéficiaires, il doit préciser les pourcentages de répartition du capital entre les bénéficiaires. L'adhérent(e) peut modifier, à sa convenance et à tout moment, le ou les bénéficiaires désignés dans les conditions de l'article L. 223-11-II du Code de la mutualité <sup>1</sup>.

Sans mention de la part du Membre Participant, la désignation de bénéficiaire(s) du capital décès se fera selon la formule contractuelle, à savoir la formule générale.

## CONCERNANT LA GARANTIE DÉPENDANCE ASSURÉE PAR MUTEX

Pour la garantie Dépendance, le Membre Participant ayant plus de 5 ans d'ancienneté dans la Fonction Publique est soumis à un questionnaire médical simplifié.

Si le candidat répond NON à toutes les questions, l'adhésion est acceptée. En revanche, s'il répond OUI à au moins une des questions, le dossier sera soumis à Mutex qui pourra appliquer le tarif « risque aggravé » correspondant au triplement de la cotisation Dépendance. Mutex ne peut procéder en aucun cas à des exclusions de pathologies.

Le droit à prestations est soumis à un délai d'attente qui démarre à partir du diagnostic par le médecin de l'assureur.

Les délais d'attente sont les suivants :

- un an en cas de dépendance totale consécutive à une maladie,
- trois ans en cas de dépendance totale consécutive à une maladie neurologique, psychiatrique, un état de démence sénile ou à la maladie d'Alzheimer.

Tout état de dépendance constaté ou ayant débuté antérieurement ou pendant ce délai d'attente ne peut être pris en charge au titre de la présente garantie.

Dans ce cas précis, l'adhésion prendra fin automatiquement et les cotisations versées seront intégralement remboursées.

En cas d'augmentation de la rente garantie (changement de la formule de prévoyance), un nouveau délai d'attente débute pour le montant correspondant à la différence entre les deux niveaux de rente choisis. Le nouveau délai d'attente prévu ci-dessus s'applique à partir de la date de modification.

<sup>1</sup> À défaut d'acceptation par le(s) bénéficiaire(s), l'adhérent peut modifier la clause de désignation. Cette désignation ou cette substitution peut être réalisée soit par la modification de la désignation faite au formulaire d'adhésion par acte sous seing privé ou par acte authentique, soit par voie d'avenant au bulletin d'adhésion par le biais d'une désignation sur papier libre, transmise à la mutuelle par lettre recommandée, soit en remplissant les formalités édictées par l'article 1690 du Code Civil, soit par voie testamentaire. La stipulation par laquelle le bénéficiaire d'une assurance en cas de décès est attribué à un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci. Elle peut être effectuée selon les dispositions prévues au II de l'article L223-11 du Code de la mutualité : soit un avenant signé par la Mutuelle, le stipulant et le bénéficiaire ; soit un acte authentique sous seing privé, signé du stipulant et du bénéficiaire. Tant qu'une acceptation d'un bénéficiaire n'a pas eu lieu, l'adhérent a le droit de révoquer le bénéficiaire qu'il a désigné et de procéder à un changement.

# FORMULAIRE D'ADHÉSION

## MEMBRE PARTICIPANT

À compléter.

Civilité \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_

N° Sécurité sociale et clé \_\_\_\_\_ Situation familiale  Célibataire  En couple

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville / Pays \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Employeur/Ecole  Fonction Publique d'État Date d'entrée dans la Fonction Publique \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur/école \_\_\_\_\_

Indice majoré \_\_\_\_\_ ou revenu brut mensuel \_\_\_\_\_ Temps partiel  Non  Oui : \_\_\_\_\_ % Est-il imposé par votre employeur ?  Non  Oui

En cas de parrainage, merci d'indiquer les coordonnées du parrain : Nom \_\_\_\_\_ N° d'adhérent : \_\_\_\_\_

## AYANT(S) DROIT

Le conjoint est-il à charge ? (Revenus inférieurs au quart du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale) ?  Non  Oui

Statut	Civilité Nom Prénom	Né(e) le	N° de Sécurité sociale et clé	E-mail
Conjoint				
Enfant				
Enfant				
Enfant				
Enfant				
Enfant				

Selon le conseil qui m'a été délivré et après avoir pris connaissance des différents niveaux de protections dans le présent bulletin et dans le Règlement Mutualiste et ses annexes, je fais le choix :

## PROTECTION SANTÉ ET SERVICES ADDITIONNELS

(Choix unique pour le Membre Participant et ses éventuels ayants droit)

 MGAS Prima  MGAS Optima  MGAS Intégra  MGAS Intégra +

## PROTECTION PRÉVOYANCE

(Obligatoire pour le Membre Participant)

 MGAS Séréna - de 35 ans  MGAS Séréna  MGAS Séréna +  MGAS Séréna Max

## CONCERNANT LE VERSEMENT DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS OU D'IPA

En cas d'IPA, le bénéficiaire de la garantie est le Membre Participant lui-même.

En cas de décès, le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par le Membre Participant, qui a le choix entre deux formules décrites ci-après :

### N°1 : La formule générale

«Mon conjoint survivant, non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, ni divorcé ; à défaut, mon concubin ou mon partenaire de PACS (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du Décès) ; à défaut, mes descendants vivants ou représentés ; à défaut mes ascendants ; à défaut, mes héritiers conformément aux principes du droit des successions.»

OU

### N°2 : La formule particulière (à remplir uniquement si vous souhaitez déroger à la formule générale)

Si l'adhérent(e) ne souhaite pas que le capital soit attribué selon la formule décrite ci-dessus, il doit désigner expressément le ou les bénéficiaires de son choix. Dans ce cas, il faut veiller à indiquer l'identité du ou des bénéficiaires de manière claire et interprétable en précisant : nom, prénom(s), date et lieu de naissance, adresse de résidence, n° de téléphone. Si l'adhérent(e) fait le choix de désigner plusieurs bénéficiaires, il doit préciser les pourcentages de répartition du capital entre les bénéficiaires. L'adhérent(e) peut modifier, à sa convenance et à tout moment, le ou les bénéficiaires désignés dans les conditions de l'article L. 223-11-II du Code de la mutualité <sup>1</sup>.

Au choix

 Je fais le choix de la formule générale

 Je fais le choix de la formule particulière et j'indique l'identité du ou des bénéficiaires de manière claire et interprétable :

---



---



---



---



---



---



---



---

Sous réserve de la transmission de tous les documents demandés, mon adhésion prend effet, pour la garantie frais de santé, les garanties de prévoyance (si concerné(e)) et les services :

 le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date de réception du bulletin par la MGAS  01/\_\_\_\_\_ (cette date ne peut être rétroactive)

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

À compléter.

## AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT BANCAIRE

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise la MGAS à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de la MGAS. Je bénéficie du droit d'être remboursé(e) par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée : dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

### TITULAIRE DU COMPTE

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville / Pays \_\_\_\_\_

### DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

IBAN (Numéro d'identification international du compte bancaire)

BIC (Code international d'identification de votre banque)

Paiement récurrent / répétitif : La mutuelle m'informe du 1<sup>er</sup> montant qui sera prélevé dans un délai de 10 jours avant le prélèvement : Date de prélèvement souhaitée \* :  le 10 du mois  le 28 du mois*\* Sans mention de ma part, le prélèvement se fera le 10 de chaque mois.*

#### ORGANISME CRÉANCIER

MGAS - 96 AVENUE DE SUFFREN - 75730 PARIS CEDEX 15

#### IDENTIFICATION CRÉANCIER SEPA (ICS)

FR53ZZZ243884

## INFORMATIONS PRATIQUES ET PIÈCES À FOURNIR

Pour être recevable par la MGAS, le dossier d'adhésion doit être complété des pièces justificatives suivantes.

### PIÈCES À FOURNIR

Pour récupérer votre attestation de Sécurité sociale, rendez-vous sur <http://www.ameli.fr> à la rubrique Services puis Compte Ameli.

#### Pour le Membre Participant cotisant :

- Le présent bulletin dûment complété et signé (devoir d'information et de conseil, formulaire d'adhésion, mandat de prélèvement SEPA),
- Une photocopie du dernier bulletin de salaire ou justificatif de ressources,
- Une photocopie de l'attestation de Sécurité sociale en cours de validité avec le nom de toutes les personnes à inscrire,
- Une photocopie de la Carte Nationale d'Identité,
- Un Relevé d'Identité Bancaire,
- Si étudiant(e) : un certificat de scolarité.

#### Pour le conjoint, pacsé, concubin :

- Une photocopie de l'attestation de Sécurité sociale en cours de validité,
- Une photocopie de la Carte Nationale d'Identité,
- Un Relevé d'Identité Bancaire si les remboursements doivent être effectués sur un compte bancaire différent de celui du Membre Participant cotisant,
- Une photocopie du dernier bulletin de salaire ou justificatif de ressources pour le conjoint, pacsé, concubin dont les ressources sont inférieures au quart du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

#### Pour les enfants :

- Une photocopie de l'attestation de Sécurité sociale en cours de validité,
- Une photocopie de la Carte Nationale d'Identité,
- Une photocopie de la carte d'invalidité pour les enfants en situation de handicap,
- Un Relevé d'Identité Bancaire si les remboursements doivent être effectués sur un compte bancaire différent de celui du Membre Participant cotisant,
- Si l'enfant perçoit des ressources supérieures au quart du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, il devra adhérer en qualité de Membre Participant.

### INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

En application de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés, je suis informé(e) du caractère obligatoire des réponses à fournir au présent bulletin pour mon adhésion à la MGAS et qu'à défaut de réponses complètes, celle-ci ne pourrait être enregistrée. Les informations sont exclusivement utilisées dans le cadre de mon adhésion, de sa gestion (y compris commerciale) et de l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet. Ces informations peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels les membres participants ou ayants droit bénéficient de garanties ainsi qu'aux délégataires de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires, réassureurs et aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission. Les informations recueillies seront conservées pour une durée qui n'excédera pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins exclusivement commerciales. Je dispose, ainsi que toute personne dont des données personnelles sont conservées par la Mutuelle, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations me concernant. J'ai aussi le droit de m'opposer, sans frais, à ce que mes données soient utilisées à des fins de prospection, notamment commerciale, par la MGAS. Je dispose enfin du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de mes données à caractère personnel après mon décès. Pour cela je peux envoyer un courrier au siège social de la MGAS.

# JE VALIDE ET SIGNE MON ADHÉSION

Afin de valider votre demande d'adhésion, merci de compléter et signer cette synthèse.

## MES DROITS ET OBLIGATIONS

- J'ai été informé(e) de l'ensemble de mes droits et obligations par la remise préalable à mon adhésion d'une part, d'un exemplaire des Statuts, du Règlement Intérieur et Institutionnel, du Règlement Mutualiste et ses annexes, des garanties assurées par la MGAS, Mutex, IMA Assurances, La Sauvegarde, et, d'autre part des informations précontractuelles (article L.221-18 du Code de la mutualité).

## DEVOIR D'INFORMATION ET DE CONSEIL

- Je reconnais avoir choisi librement les garanties qui correspondent à mes besoins de protection, à ma situation personnelle, à ma situation financière et avoir obtenu une réponse explicite à mes différentes questions au regard de l'obligation de conseil.

## EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS TRANSMIS

- Je déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués dans le présent bulletin d'adhésion (devoir d'information et de conseil, formulaire d'adhésion (désignation de bénéficiaire(s)), mandat de prélèvement SEPA) et avoir pris connaissance des différentes garanties.

## PRISE D'EFFET DES GARANTIES

- J'ai été informé(e) que la prise d'effet des garanties se fera, soit le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion, soit le 1<sup>er</sup> jour d'un mois postérieur si j'en ai fait la demande à la rubrique «Formulaire d'adhésion», **sous réserve de la fourniture de l'ensemble des pièces justificatives à fournir, nécessaire pour l'enregistrement de mon adhésion.**

## DÉLAI DE RENONCIATION À MON ADHÉSION

- Je suis informé(e) qu'à compter de la prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle ou à compter de la date de réception des conditions contractuelles et des informations mentionnées à l'article L.221-18 du Code de la mutualité si cette réception est postérieure, je peux renoncer à mon adhésion dans un délai de 30 jours calendaires. Voici un modèle de formulaire type de renonciation : « Je vous notifie par la présente ma renonciation à mon adhésion à la MGAS. Je soussigné(e), [Nom Prénom], demeurant [Adresse], déclare renoncer à mon adhésion [Numéro Adhérent]. [Date et signature]», à envoyer à l'attention de la MGAS - 96 avenue de Suffren - 75730 Paris Cedex 15 ou par télécopie au 01 44 10 55 34 ou par e-mail : relation.adherents@mgas.fr

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

précédée de la mention «Lu et approuvé» :



Questionnaire réservé aux Membres Participants souscripteurs de la protection prévoyance, ayant plus de 5 ans d'ancienneté dans la Fonction Publique ou ne travaillant pas dans la Fonction Publique.



## Garantie Dépendance

### Questionnaire médical simplifié

#### L'ASSURÉ(E)

Civilité :  M.  Mme

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Date de naissance :         Age :   ans

Lieu de naissance : Département :   Ville : \_\_\_\_\_

#### ADRESSE

Bâtiment, résidence, escalier, étage : \_\_\_\_\_

N° de voie, type et nom de voie : \_\_\_\_\_

Ville, commune : \_\_\_\_\_

Code postal :      Bureau distributeur : \_\_\_\_\_ Pays :

Situation de famille :  Célibataire  Marié(e)  Concubin(e)  Pacsé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

Profession actuelle : \_\_\_\_\_

#### LISEZ ATTENTIVEMENT LE TEXTE CI-DESSOUS

L'assureur fonde ses engagements sur la bonne foi des déclarations ci-après, présumées exactes et sincères. Toute fausse déclaration de nature à atténuer l'importance du risque entraînera la déchéance de la garantie et la résiliation de la souscription.

#### VOTRE GARANTIE PRÉVOYANCE

Merci de cocher votre choix :

MGAS Sérène - Moins de 35 ans

MGAS Sérène

MGAS Sérène +

MGAS Sérène Max

**Cadre réservé à la MGAS**

Conditions d'adhésion :

Tarif normal

Tarif risque aggravé

Nous vous remercions pour des raisons de confidentialité de n'apporter ni commentaire ni correction à ce questionnaire



**Les questions posées ne concernent pas :**

- tous les bilans et examens réalisés à titre préventif avec un résultat normal;
- le dentaire et les grossesses;
- les opérations suivantes : appendicite, amygdales, végétations, esthétiques.

1	Bénéficiez-vous d'une reconnaissance en incapacité, invalidité pour maladie ou accident y compris par la MDPH (ex COTOREP), de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou une demande est-elle en cours ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2	Bénéficiez-vous d'une rente suite à une maladie ou à un accident (travail, circulation, vie privée, maladie professionnelle) d'un taux supérieur à 10% ou une demande est-elle en cours ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3	Bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée (100%) ou une demande est-elle en cours ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4	Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu une affection médicale ou un accident qui a nécessité un traitement médical pendant plus de 60 jours et /ou un arrêt de travail supérieur à 90 jours (même affection ou accident) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5	Depuis ces 30 derniers jours, avez-vous une affection médicale ou eu un accident, ou subi une intervention chirurgicale qui justifie actuellement ou dans l'année à venir, un suivi, un traitement, un arrêt de travail et ou une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
6	La différence entre votre taille et votre poids en Kg se trouve t-elle en dehors de la fourchette indiquée ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

<b>Taille (en cm)</b>	150	151-155	156-160	161-165	166-170	171-175	176-180	180-185	186-190	195
<b>Poids (en kg)</b>	40-67	41-70	44-75	47-80	50-85	53-90	56-95	59-100	63-105	70-115

**Si vous avez répondu OUI à l'une des questions, le tarif «risque aggravé» sera appliqué (triplement de la cotisation).**

Les informations recueillies sont nécessaires pour une adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de gestion. Elles sont communiquées aux organismes assureurs auprès desquels vous bénéficiez de garanties ainsi qu'aux partenaires gestionnaires. Conformément à la loi «informatique et libertés» du 06 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez exercer ce droit pour la MGAS à l'adresse suivante : 96 avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex 15 ; et pour Mutex auprès de la Direction des Projets à l'adresse suivante : 125, avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex.

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations figurant dans ce questionnaire et reconnais que toute fausse déclaration de ma part ou toute réticence de nature à atténuer l'importance du risque entraînera la déchéance de la garantie et la résiliation de l'adhésion.

**Assureur des garanties :**

Mutex, Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 37 302 300 euros, entreprise régie par le Code des assurances, RCS Nanterre 529 219 040, Siège social : 125, avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex.