



Santé Prévoyance Services

Offre référencée par la Direction Générale de l'Aviation Civile.
Co-assurée par la MGAS, SHAM et SHAM Vie.

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 - Par internet : mgas.fr - Par courrier : **MGAS - TSA 30129 - 37206 Tours**

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

À lire attentivement.

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 la Notice d'Information, ses annexes et l'IPID, notamment les articles relatifs à la radiation, à la fausse déclaration intentionnelle et non intentionnelle, à la prescription, aux limites des prestations, aux exclusions 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 de l'adhésion se fera, soit le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion, soit le 1^{er} 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^{er} janvier de chaque année.

PROTECTION SANTÉ

Vous souscrivez obligatoirement à la protection santé. La prise d'effet des garanties santé intervient à la date de prise d'effet de l'adhésion sous réserve de la fourniture de l'ensemble des pièces justificatives à fournir, nécessaire pour l'enregistrement de mon adhésion.

MES BESOINS EN PROTECTION SANTÉ

En cas d'hospitalisation, comment souhaitez-vous être remboursé pour les dépassements d'honoraires et la chambre particulière ?

- Je ne souhaite pas de prise en charge
 Je souhaite une prise en charge partielle
 Je souhaite une prise en charge renforcée

Consultez-vous des généralistes ou des spécialistes pratiquant des dépassements d'honoraires ?

- Jamais
 Rarement
 Souvent

Pour vos lunettes la réforme du 100% Santé prévoit le remboursement intégral pour une sélection d'équipements optiques.
 Souhaitez-vous avoir un choix plus large de montures et de verres ?
 Si vous avez besoin de lentilles, nous vous recommandons de sélectionner la 3^{ème} option.

- Je privilégie le 100% Santé
 Je choisis le 100% Santé de temps en temps
 Je souhaite avoir le choix systématiquement

Pour les implants dentaires et l'orthodontie, quel niveau de remboursement souhaitez-vous ?

- Je ne souhaite pas de prise en charge
 Je souhaite une prise en charge partielle
 Je souhaite une prise en charge renforcée

Quelle prise en charge souhaitez-vous pour les actes de médecine douce comme l'acupuncture ou l'ostéopathie ?

- Je ne souhaite pas de prise en charge
 Je souhaite une prise en charge partielle
 Je souhaite une prise en charge renforcée

NOTRE CONSEIL POUR VOTRE PROTECTION SANTÉ

Selon les besoins que vous avez exprimés ci-dessus, la formule de garanties recommandée est :

- Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3

MON CHOIX POUR MA PROTECTION SANTÉ

Suite au recueil de mes besoins et à la recommandation de la MGAS

- Je décide d'adhérer à la formule recommandée
 Je décide d'adhérer à une autre formule
 Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3

Si votre conjoint est également fonctionnaire, nous vous invitons à réaliser un devis séparé afin de lui proposer une offre personnalisée.

SERVICES ADDITIONNELS INCLUS

Vous bénéficiez de ces services inclus dans la protection frais de santé tels que décrits dans la notice et ses annexes :

| | |
|---|--|
| 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.

PROTECTION PRÉVOYANCE

La souscription à la protection prévoyance **est obligatoire et réservée aux Membres Participants en activité (les retraités et les ayants droit ne bénéficient pas de la protection)**.

Si vous êtes Contrôleur aérien et dépendez du régime des Ingénieurs du Contrôle de la Navigation Aérienne (ICNA) : vous pouvez souscrire les niveaux 2 ou 3.

Si vous êtes dans une autre situation (hors ICNA) : vous pouvez souscrire les niveaux 1, 2 ou 3.

MES BESOINS EN PROTECTION PRÉVOYANCE

En cas de décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), quel niveau de capital souhaitez-vous ?

- Je souhaite le capital minimum
 Je souhaite le capital intermédiaire
 Je souhaite le capital renforcé

En cas d'Invalidité Permanente Totale (IPT) ou Partielle (IPP), quel niveau de rente mensuelle souhaitez-vous ?

- Je souhaite la rente minimum
 Je souhaite la rente intermédiaire
 Je souhaite la rente renforcée

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT), quel niveau d'indemnité journalière souhaitez-vous ?

- Je souhaite une indemnité minimum
 Je souhaite une indemnité intermédiaire
 Je souhaite une indemnité renforcée

En cas de décès, quel niveau de capital obsèques souhaitez-vous ?

- Je souhaite un niveau minimum
 Je souhaite un niveau intermédiaire
 Je souhaite un niveau renforcée

NOTRE CONSEIL POUR VOTRE PROTECTION PRÉVOYANCE

Selon les besoins que vous avez exprimés ci-dessus, la formule de garanties recommandée est :

- Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3

MON CHOIX POUR MA PROTECTION PRÉVOYANCE

Suite au recueil de mes besoins et à la recommandation de la MGAS :

- Je décide d'adhérer à la formule recommandée
 Je décide d'adhérer à autre formule Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3

La protection Prévoyance prend fin au passage à la retraite du Membre Participant. Informations, conditions et plafonds disponibles dans la notice.

CONCERNANT LES GARANTIES INCAPACITÉ, INVALIDITÉ, DÉCÈS TOUTES CAUSES, PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, FRAIS D'OBSÈQUES :

Les Membres Participants sont soumis à un délai de stage de 6 mois, à compter du 1^{er} février 2020. Ils ne sont pas soumis à un questionnaire médical. Le Membre participant en arrêt de travail ou en temps partiel thérapeutique au moment de la prise d'effet de son adhésion au contrat, sera admis dans les garanties de la protection prévoyance dès lors qu'il aura repris son activité à temps complet (ou dès que le comité médical aura rendu un avis favorable pour une reprise des fonctions à temps complet, en application des statuts de la fonction publique).

Seuls les sinistres nés postérieurement à l'adhésion sont indemnisés selon les conditions définies à la notice.

CONCERNANT LE VERSEMENT DU CAPITAL EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) :

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le bénéficiaire de la garantie est le Membre Participant lui-même.

CONCERNANT LE VERSEMENT DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS - DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) :

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. Le capital est attribué selon l'ordre de priorité ci-après :

«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 enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ; à défaut mes ascendants, par parts égales entre eux ; 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. 223-10, et à condition que le ou le(s) bénéficiaire(s) n'aient pas accepté dans les conditions de l'article L223-11 II du code de la mutualité ¹.

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.

1. A 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 bulletin d'adhésion par acte sous seing privé ou par acte authentique, soit par voie d'avenant au contrat, soit en remplissant les formalités édictées par l'article 1690 du code civil, soit par voie testamentaire. Tout changement de bénéficiaire doit être porté par écrit à la connaissance de la mutuelle pour lui être opposable. La stipulation par laquelle le bénéfice 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

À compléter.

MEMBRE PARTICIPANT

Civilité Mme M Nom Prénom Né(e) le

N° Sécurité sociale et clé Situation familiale Célibataire Marié(e) Concubinage Pacsé(e) Veuf(ve)

Adresse

Complément / lieu dit Code postal

Ville Pays

Téléphone fixe* Téléphone Portable* E-mail ⁽¹⁾

Statut ICNA HORS ICNA Nom de l'employeur

Revenu mensuel brut, primes incluses (€)

Temps partiel Non Oui % Est-il choisi ou Imposé par mon employeur ? Choisi Imposé Je suis à la retraite Non Oui

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

* Je dois renseigner au moins un numéro de téléphone. Si je suis inscrit(e) sur Bloctel, en donnant à la MGAS mon numéro de téléphone, j'accepte d'être rappelé(e) par la MGAS pour les produits et services qu'elle distribue et ce dans un délai de 3 mois.

AYANT(S) DROIT (Si le conjoint est fonctionnaire, nous vous préconisons de souscrire en Membre Participant pour bénéficier de la prévoyance)

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

MON CHOIX

Selon le conseil qui m'a été délivré et après avoir pris connaissance des différents niveaux de protections dans le présent bulletin et dans la Notice d'information et ses annexes dont l'IPID.

PROTECTION SANTÉ ET SERVICES ASSOCIÉS

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

Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3

PROTECTION PRÉVOYANCE

(Obligatoire pour le Membre Participant en activité)

Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3

HORS ICNA

ICNA / HORS ICNA

ICNA / HORS ICNA

Êtes-vous en arrêt de travail ou mi-temps thérapeutique ? Oui Non

CONCERNANT LE VERSEMENT DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS OU DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), 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. Le capital est attribué selon l'ordre de priorité ci-après :

« 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 enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ; à défaut mes ascendants, par parts égales entre eux ; 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-contre, 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 ¹.

Au choix

Je fais le choix de la formule générale

Je fais le choix de la formule particulière j'indique 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, pourcentage de répartition.

.....

.....

.....

.....

.....

1. 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.

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^{er} montant qui sera prélevé dans un délai de 10 jours avant le prélèvement :

Date de prélèvement souhaitée * : le 15 du mois le 28 du mois

* Sans mention de ma part, le prélèvement se fera le 15 de chaque mois.

ORGANISME CRÉANCIER

MGAS - 96 AVENUE DE SUFFREN - 75730 PARIS CEDEX 15

IDENTIFICATION CRÉANCIER SEPA (ICS)

FR53ZZZ243884

Dans le cas où l'adhérent principal n'est pas le payeur, le mandat SEPA doit être signé par le payeur et ce dernier doit joindre sa pièce d'identité.

SIGNATURE

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 pour les actifs, un justificatif / attestation d'emploi au sein de la DGAC pour les retraités,
- Une photocopie de l'attestation de Sécurité sociale en cours de validité avec le nom de toutes les personnes à inscrire,
- Une photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité (Carte Nationale d'Identité, Passeport,...),
- Un Relevé d'Identité Bancaire,

Pour le conjoint, pacsé, concubin :

- Une photocopie de l'attestation de Sécurité sociale en cours de validité,
- Une photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité (Carte Nationale d'Identité, Passeport,...),
- Un Relevé d'Identité Bancaire si les remboursements doivent être effectués sur un compte bancaire différent de celui du Membre Participant cotisant,

Pour les enfants :

- Une photocopie de l'attestation de Sécurité sociale en cours de validité,
- Une photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité (Carte d'Identité, Passeport,...),
- Un certificat de scolarité,
- 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,
- Une attestation de scolarité pour les enfants de 18 ans et plus.

Communication des ratios Prestations/Cotisations et Frais de gestion article 871-1

Article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale Garanties responsables

Informations obligatoires communiquées par la Mutuelle

99 %

(Ratio prestation/cotisation, exprimé en pourcentage, entre :

- d'une part le montant des prestations versées et provisionnées par la Mutuelle, au titre de l'exercice 2019, pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ;
- et d'autre part le montant des cotisations hors taxes versées à la Mutuelle, au titre de cet exercice 2019, pour les mêmes garanties.)

10 %

(Ratio frais de gestion, exprimé en pourcentage, entre :

- d'une part le montant total des frais de gestion de la Mutuelle, au titre de l'exercice 2019, pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ;
- et d'autre part le montant des cotisations hors taxes versées à la Mutuelle, au titre de cet exercice 2019, pour les mêmes garanties.)
- Composition des frais de gestion : frais de gestion des sinistres, frais d'acquisition, frais d'administration et autres charges techniques nettes affectés aux garanties «remboursement frais de santé » au sens du document prudentiel annuel dénommé « état ACPR FR 13-03-01 »

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

JE VALIDE ET SIGNE MON ADHÉSION

Afin de valider votre demande d'adhésion, merci de cocher chacune des cases 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, Règlement Intérieur et Institutionnel, du Règlement Mutualiste et ses annexes, dont l'IPID, pour les garanties assurées par la MGAS, 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, 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^{er} jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion, soit le 1^{er} jour d'un mois postérieur si j'en ai fait la demande ci-dessous, 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

COMMUNICATION D'INFORMATIONS OU DE DOCUMENTS CONTRACTUELS PAR SUPPORT ÉLECTRONIQUE

J'accepte que les informations et les documents contractuels me soient transmis à l'adresse mail que j'ai communiquée à la mutuelle. Je suis informé(e) que je peux m'opposer à l'utilisation de ce support à tout moment. Il suffit que j'en informe la mutuelle et demande à ce qu'un support papier soit utilisé sans frais pour la poursuite de nos relations.

Si vous ne souhaitez pas recevoir de notre part des offres commerciales pour des services analogues, merci de cocher cette case

DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

La protection des Données Personnelles collectées et traitées constitue un enjeu majeur pour la MGAS conformément à la réglementation (RGPD et autres Codes). Pour en savoir plus sur le responsable de traitement et les partenaires, les traitements effectués, leurs finalités, les catégories de données concernées, les particularités, vous pouvez consulter notre charte « Données Personnelles » disponible en suivant le lien <https://mgas.fr/charte-vie-privee>. Elle précisera également la liste et les modalités d'exercice de vos différents droits ainsi que les choix possibles, en particulier en matière de consentement et de gestion des traceurs.

RÉCEPTION DES DÉCOMPTES

Si je fournis dans le présent bulletin d'adhésion mon adresse électronique, mes décomptes de remboursement me seront communiqués uniquement à partir de mon espace adhérent en ligne sur mgas.fr. Je serai informé par e-mail dès qu'un remboursement sera effectué.

Au besoin, je pourrais toujours faire la demande auprès de la MGAS de recevoir ces décomptes par courrier.

RÉCEPTION DE LA CARTE DE TIERS PAYANT

Si je fournis dans le présent bulletin d'adhésion mon adresse électronique, ma carte de tiers payant sera consultable et imprimable sur mon espace adhérent mgas.fr et dans l'application mobile MGAS & moi. Je ne recevrai plus ma carte de tiers payant par courrier. Au besoin, je pourrais effectuer la demande, auprès de la MGAS, afin de recevoir ma carte de tiers payant par courrier.

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

- Date d'adhésion souhaitée** : Le ____ / ____ / _____
- Dans le cas où j'ai donné mandat à la MGAS pour résilier mon contrat complémentaire santé auprès de mon ancien organisme, la date de prise d'effet de mon contrat MGAS sera le lendemain de la date d'effet de la résiliation de l'actuel contrat. Je serai informé de cette date de résiliation par réception d'un avis de résiliation adressé par mon ancien organisme. Je suis ainsi assuré de la non-interruption de ma couverture complémentaire santé.

Fait à _____

Signature de l'adhérent(e) :

Le _____

Lu et approuvé

OFFRE CO-ASSURÉE PAR LA MGAS, SHAM ET SHAM VIE

Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS) Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité. Enregistrée au répertoire SIRENE sous le n°784 301 475. Siège social : 96 avenue de Suffren - 75730 Paris Cedex 15. **MGAS Protection** Association régie par la loi du 1er juillet 1901. Siège social : 96 avenue de Suffren - 75730 Paris Cedex 15. **SHAM** Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles - Société d'Assurance Mutuelle - 18 rue Edouard Rochet - 69 372 LYON Cedex 08 - www.sham.fr Entreprise régie par le Code des assurances - SIREN 779 860 881 RCS Lyon **SHAM VIE** Société Anonyme au capital de 6 000 000€ 18 rue Edouard Rochet - 69008 LYON Entreprise régie par le Code des Assurances - SIREN 487 632 861 RCS Lyon. **IMA SA** Société anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 37 410 481 €, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 Niort Cedex 09, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 320.281.025. **Santclair** Société Anonyme au capital de 3 834 029 euros Ayant son siège au 7 Mail Pablo Picasso 44000 NANTES Téléphone : 01 47 61 21 00 Immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977 - N° TVA intracommunautaire FR 91 428 704 977. La Sauvegarde Société anonyme à directoire et conseil de surveillance. Entreprise régie par le Code des Assurances. Immatriculée au RCS de Paris sous le n°612 007 674. Siège social : 148 rue Anatole France - 92597 Levallois Perret Cedex