



Activ'Santé Services

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

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 le Règlement Mutualiste, 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, 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 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 :

- MGAS Essentielle (non responsable) MGAS Confort MGAS Confort + MGAS Confort Max

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 :
 MGAS Essentielle MGAS Confort MGAS Confort + MGAS Confort Max

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

SERVICE 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

FORMULAIRE D'ADHÉSION

À lire attentivement.

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 *

Fonction Salarié relevant d'une entreprise privée Autres situations (TNS, en recherche d'emploi, femme au foyer...)

Nom de l'employeur revenu mensuel brut (€)

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

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 le Règlement Mutualiste et ses annexes.

PROTECTION SANTÉ ET SERVICES ADDITIONNELS

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

MGAS Essentielle MGAS Confort MGAS Confort + MGAS Confort Max
(non responsable)

*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.

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

SIGNATURE

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.

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 d'une pièce d'identité en cours de validité (Carte d'Identité, Passeport,...),
- 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.

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.

JE VALIDE ET SIGNE MON ADHÉSION

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

- Les données à caractère personnel collectées au travers de ce formulaire sont destinées à la MGAS, responsable du traitement. Les données recueillies sont indispensables à l'adhésion à la MGAS, qui à défaut ne pourra être réalisée. Les informations sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de votre contrat (y compris commerciale) et l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet. Les informations personnelles recueillies sont conservées par la MGAS pendant la durée de votre contrat majorée des délais légaux applicables. Comme le veut la réglementation, la MGAS s'engage à limiter au strict nécessaire la transmission des données personnelles qu'elle détient auprès des tiers partenaires de la MGAS (co-assureurs/réassureurs, prestataires de service, votre réseau de soin, sous-traitants, outil de gestion). Par ailleurs aucune donnée personnelle n'est transférée par la MGAS hors de l'Union Européenne.

Vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition, de limitation, d'effacement et de rectification, de portabilité des données à caractère personnel vous concernant. L'exercice de ces droits peut être demandé, sous réserve de la fourniture de la photocopie d'un document d'identité portant la signature de la personne (à des fins de prévention du risque d'usurpation d'identité), auprès de la MGAS selon les modalités suivantes :

Par courrier : MGAS, Délégué à la protection des données - 96 avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex / **Par e-mail** : dpo@mgas.fr

Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (adresse postale : CNIL 3 place de Fontenoy - TSA 80715- 75334 Paris cedex 07 - téléservice de plainte en ligne : <https://www.cnil.fr/fr/plaintes>) si vous considérez que le traitement de vos données à caractère personnel constitue une violation des dispositions légales.

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 :

- le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du bulletin par la MGAS
 01 / (cette date ne peut être rétroactive)

Fait à _____

Signature de l'adhérent(e) précédée de la mention «lu et approuvé» :

Le _____