



PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE



Contrat « Assurance responsabilité civile des agents publics hospitaliers »»

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**

FORMULAIRE D'ADHÉSION

À lire attentivement.

Je choisis l'option « Assurance responsabilité civile des agents publics hospitaliers » (renfort risques professionnels) à mon offre Santé, Prévoyance et Services « MGAS » et demande par conséquent à adhérer au contrat collectif d'assurance souscrit par la Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS) - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité 96 avenue de Suffren 75730 Paris Cedex 15 - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité - SIREN 784 301 475 RCS Paris au profit de ses adhérents auprès de Sham - Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles, société d'assurance mutuelle à cotisations fixes, entreprise régie par le Code des assurances 18 rue Edouard Rochet 69372 Lyon cedex 08 - SIREN 779 860 881 RCS Lyon.

**À retourner à la Mutuelle
Générale des Affaires Sociales
MGAS - TSA 30129 - 37206 Tours**

ADHÉRENT/ASSURÉ

Civilité Mme M Nom Prénom Né(e) le

Adresse

Complément / lieu dit Code postal

Ville Pays

Téléphone fixe Téléphone Portable E-mail *

Profession *

Administration de rattachement

* En aucun cas ne peuvent adhérer au contrat les sages-femmes, chirurgiens, anesthésistes, gynécologues-obstétriciens, régisseurs de recettes et comptables publics.

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

GARANTIES

- Responsabilité civile professionnelle « Faute détachable du service »
- Forfait « Inaptitude professionnelle »
- Défense Pénale et Recours Suite à Accident

RESPONSABILITÉ CIVILE

Montants de garantie par sinistre et par année d'assurance pour l'ensemble des Assurés

Dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs : 8 000 000 € par sinistre et 15 000 000 € par année d'assurance

FORFAIT INAPTITUDE PROFESSIONNELLE

3 500 € par assuré

DÉFENSE PÉNALE ET RECOURS SUITE À ACCIDENT

30 000 € par assuré et par sinistre et selon les dispositions du barème annexé à la notice d'information Seuil de déclenchement de la garantie recours suite à accident : 500 €

TARIF

Cotisation annuelle : 21 € TTC (tarif 2020)

Les modalités de règlement de la cotisation sont indiquées dans la notice d'information

PRISE D'EFFET

Les garanties prennent effet à 0 heure le 1er jour du mois suivant la réception, par la MGAS, du présent document signé ou d'un autre mois ultérieur si vous en formulez le souhait sur le présent bulletin, et sans pouvoir être antérieur à la date de prise d'effet de votre adhésion à l'offre Santé, Prévoyance et Services « MGAS ». Elles se renouvellent annuellement par tacite reconduction (échéance annuelle : 1er janvier). Conformément aux dispositions de l'article L. 112-2-1 du Code des Assurances, vous pouvez renoncer à la souscription de l'option « Assurance des agents publics hospitaliers » (renfort risques professionnels), dans un délai de 14 jours à compter de la date de réception des documents contractuels.

JE VALIDE ET SIGNE MON ADHÉSION

DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Sham en sa qualité de responsable de traitement au sens du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016), met en œuvre des traitements de données à caractère personnel vous concernant. Les données collectées ont pour finalités la passation et la gestion d'un contrat d'assurance et l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement de vos données, du droit de définir des directives relatives au sort des données après votre décès ainsi que du droit de saisir l'Autorité de contrôle en charge de la protection des données personnelles (en France, il s'agit de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07). Sous certaines conditions, vous disposez également du droit de vous opposer au traitement et du droit à la portabilité de vos données. Pour exercer vos droits, nous vous invitons à contacter le Délégué à la protection des données (DPO) de Sham par courrier électronique à : privacy.sham.fr@relyens.eu ou par courrier postal adressé à : Sham - Délégué à la protection des données - 18 rue Edouard Rochet - 69372 LYON Cedex 08, en justifiant de votre identité. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et vos droits, nous vous invitons à consulter la notice d'information qui vous a été remise par MGAS.



Je reconnais avoir reçu, conformément à l'article L. 112-2 du Code des Assurances, un exemplaire de la notice d'information du contrat Assurance des agents publics hospitaliers applicable à la date de conclusion du présent contrat d'assurance. Cette notice valant Conditions Générales et projet de contrat comprend la fiche d'information relative au fonctionnement des garanties « Responsabilité civile » dans le temps. Je reconnais également avoir pris connaissance et accepté les termes du document précité et, le cas échéant, de ses annexes.

Fait à

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

Le