



Santé

MGAS Santé Aviation civile **La couverture santé proposée par la MGAS à l'issue du référencement DGAC**

Co-assurée par la MGAS, RELYENS MUTUAL INSURANCE et RELYENS LIFE INSURANCE.

Besoin d'aide pour compléter le bulletin ?

Par téléphone : du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30 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 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. 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
---	--

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

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⁽¹⁾ Téléphone Portable⁽¹⁾ E-mail

(1) En application de l'article L.223-1 du code de la Consommation, si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique www.bloctel.gouv.fr. Toutefois, 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.

AYANT(S) DROIT

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

Choix unique pour le Membre Participant et ses éventuels ayants droit

☐ Niveau 1

☐ Niveau 2

☐ Niveau 3

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 _____

ORGANISME CRÉANCIER

MGAS - 96 AVENUE DE SUFFREN - 75730 PARIS CEDEX 15

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.

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.*

IDENTIFICATION CRÉANCIER SEPA (ICS)

FR53ZZZ243884

SIGNATURE

PIÈCES À FOURNIR

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

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

- Bulletin d'adhésion dûment complété
- Attestation de sécurité sociale
- RIB
- pour les enfants âgés de 18 à 29 ans
- Attestation sur l'honneur certifiant que votre conjoint(e) est agent de la DGAC
- Pour les enfants âgés de 18 à 29 ans :
 - Certificat de scolarité ou contrat d'alternance
 - Attestation sur l'honneur certifiant qu'un des parents est agent de la DGAC

COMMUNICATION DES RATIOS PRESTATIONS/COTISATIONS ET FRAIS DE GESTION

Article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale

Informations obligatoires communiquées par la Mutuelle

100,7 %

(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 2024, 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 2024, 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 2024, 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 2024, 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.

VALIDATION DE L'ADHESION

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, d'autre part, du Règlement mutualiste et ses annexes dont l'IPID, les garanties assurées par la MGAS, IMA Assurances, la Sauvegarde et les informations précontractuelles obligatoires et préalables (articles L221-18 du Code de la mutualité, L222-5 du Code de la consommation et 12 du RGPD).

PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

La prise d'effet des garanties se fera à la date d'adhésion souhaitée et au plus tôt le lendemain de la signature du présent bulletin, sous réserve de la fourniture de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires à l'enregistrement de mon adhésion. L'adhésion dure jusqu'à l'échéance annuelle du contrat, soit le 31 décembre de chaque année, elle est ensuite tacitement renouvelée chaque année le 1er janvier. Je suis informé(e) qu'en cas d'arrêt de travail à la date d'adhésion, alors mon admission aux garanties « Prévoyance » sera effective le lendemain de mon 180ème jour de reprise d'activité ininterrompue. Un délai de stage de 6 mois est applicable aux garanties « Prévoyance » à compter de la date d'effet ou d'admission dans lesdites garanties « prévoyance ».

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.

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.

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 soussigné(e), [Nom Prénom], demeurant [Adresse], déclare renoncer à mon adhésion [Numéro Adhérent]. [Date et signature] », à envoyer à l'attention de la MGAS - TSA 30129 - 37206 Tours Cedex ou par télécopie au 01 44 10 55 34 ou par e-mail : relation.adherents@mgas.fr

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 « Vie privée » disponible en suivant le lien <https://mgas.fr/charte-vie-privee> ou adressée par voie postale sur simple demande auprès de la MGAS. Elle précise 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.

☐ J'accepte de communiquer de manière électronique (par mail, SMS, sites internet..) pour recevoir des offres de la MGAS et de ses partenaires ainsi que des documents contractuels, et ce pour un délai de 3 ans. (Si vous ne cochez pas la case la MGAS ne pourra pas vous envoyer ses offres qu'elle communique par mail uniquement).

☐ J'accepte d'être rappelé par la MGAS pour les produits et services qu'elle distribue même si je suis inscrit sur Bloctel, et ce pour un délai de 3 ans. (Si vous ne cochez pas la case la MGAS ne pourra pas vous contacter par téléphone pour vous donner toutes les explications dont vous auriez besoin).

☐ J'accepte d'être mis en relation avec des partenaires de la MGAS susceptibles de vous apporter des solutions au-delà de l'assurance de personnes (prévention, coaching..)

Le montant mensuel de la cotisation santé est égal à : _____

Les cotisations sont payables mensuellement à terme échu. Les paiements s'effectuent par prélèvement bancaire en renseignant le mandat de prélèvement SEPA (ci-dessus).

Pour information, dans le cadre de la distribution du Contrat, les salariés de la Mutuelle chargés de recueillir les adhésions perçoivent une rémunération fixe qui peut être complétée le cas échéant par une rémunération variable.

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

☐ Soit au plus tôt le lendemain de la signature du présent bulletin : ____/____/____

☐ Soit, vous donnez mandat à la MGAS de procéder à la résiliation/dénonciation de votre contrat de santé en cours.

Vous avez plus d'un an d'adhésion à votre précédente mutuelle, la MGAS vous propose de prendre en charge la résiliation de votre contrat auprès de votre organisme.

Nous vous invitons à remplir le mandat de résiliation joint dans votre email de confirmation et à le transmettre lors du chargement de vos pièces justificatives en ligne.

La procédure de changement d'organisme prend un délai d'un mois minimum.

La résiliation infra-annuelle vous assure une continuité de votre couverture sans interruption ni surcotisation.

A noter : Les démarches sont effectuées uniquement pour le titulaire du contrat.

☐ Lu et approuvé

Signature de l'adhérent(e) :

Fait à _____

Le _____

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 1^{er} juillet 1901. Siège social : 96 avenue de Suffren - 75730 Paris Cedex 15. **RELYENS MUTUAL INSURANCE**, Société d'Assurance Mutuelle - 18 rue Edouard Rochet- 69 372 LYON Cedex 08 - Tél : + 33(0)4 72 75 50 25 - Fax : + 33(0)4 72 74 22 32 - www.relyens.eu Entreprise régie par le Code des assurances - SIREN 779 860 881 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. **Santéclair** 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.