



MGAS DGAC – Dépendance facultative

BULLETIN D'ADHESION pour le Membre Participant

BULLETIN D'ADMISSION pour un conjoint

Compléter un bulletin séparé pour le membre participant ou pour le Conjoint.

À lire attentivement, à compléter et à signer.

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, 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.**

CONDITIONS D'ADHESION

Pour souscrire à la garantie « MGAS DGAC – Dépendance facultative », le Membre Participant doit être en activité ou avoir pris sa retraite dans les 6 mois précédant sa demande d'adhésion. Par dérogation, la souscription est ouverte aux retraités de moins de 65 ans, jusqu'au 31 décembre 2019. Pour adhérer, le Membre Participant doit respecter les conditions d'activité, d'âge et de santé détaillées ci-après.

Le Membre participant peut demander à ce que son Conjoint (marié, PACSE, concubin ayant la qualité d'ayant droit au titre de la garantie Frais médicaux DGAC) puisse aussi être assuré par la garantie Dépendance facultative. Ce Conjoint doit être en activité ou avoir pris sa retraite dans les 6 mois précédant la demande d'admission. Par dérogation, l'admission est ouverte aux Conjoints retraités de moins de 65 ans, jusqu'au 31 décembre 2019. Pour être admis, le Conjoint doit respecter les conditions d'activité, d'âge et de santé détaillées ci-après qui sont identiques à celle d'un Membre participant **et un bulletin d'admission séparé doit être complété pour l'admission du Conjoint.**

PRISE D'EFFET DE L'ADHESION OU DE L'ADMISSION

L'adhésion ou l'admission prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du bulletin. Elle est valable pour une année civile et se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année.

Des délais de stage, c'est à dire une période au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas bien que le Membre Participant cotise sont prévus au contrat et sont les suivants :

- **Pas de Délai de stage en cas de Dépendance dont l'origine est un Accident postérieur à la date d'effet de l'adhésion ou de l'admission.**
- **Dans les autres cas, le Délai de stage est d'un an en cas de Dépendance totale à l'exception des maladies suivantes pour lesquelles un Délai de stage de 3 ans est appliqué : maladie neurologique, psychiatrique, état de démence sénile, maladie d'Alzheimer,**

Toute dépendance constatée, ou ayant débuté, pendant ce délai de stage, ne peut être prise en charge au titre de la présente garantie. Dans ce cas, l'adhésion ou l'admission prendra fin automatiquement et les cotisations versées au titre de la dépendance seront intégralement remboursées.

POUR LE MEMBRE PARTICIPANT

Civilité _____ Nom _____ Prénom _____

Né(e) le _____

N° Sécurité sociale et clé _____ Situation familiale Célibataire En couple

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone _____ Portable _____

E-mail _____

Nom de l'employeur/école _____ Rémunération mensuelle brute _____

POUR LE CONJOINT

Civilité _____ Nom _____ Prénom _____

Né(e) le _____

N° Sécurité sociale et clé _____

Téléphone _____ Portable _____

E-mail _____

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

A 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 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

DELAI DE RENONCIATION (applicable au Membre participant)

Vous êtes informé(e) qu'à compter de la prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle ou à compter de la date de réception par le membre participant des conditions contractuelles et des informations mentionnées à l'article L221-18 du Code de la Mutualité si cette réception est postérieure, vous pouvez renoncer à votre 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 au contrat collectif « MGAS DGAC – Dépendance facultative » (Numéro Adhérent) (Date et signature). » A envoyer :

- Par voie postale à MGAS - TSA 30129 - 37206 Tours Cedex,
- Par fax/télécopie au 01 44 10 55 34,
- Par e-mail à l'adresse relation.adherents@mgas.fr

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/admission 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/admission, 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 au 96 avenue de Suffren - 75730 Paris Cedex 15.

QUESTIONNAIRE MEDICAL SIMPLIFIE

Si le candidat a répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire Médical Simplifié, son adhésion/admission est acceptée. **Dans le cas contraire, s'il a répondu OUI à au moins l'une des questions du Questionnaire Médical Simplifié, l'adhésion/l'admission au contrat lui sera refusée.**

Les questions posées ne concernent pas :

- Tous les bilans et examens réalisés à titre préventif avec un résultat normal,
- Les soins dentaires ou ceux relatifs à un état de grossesse,
- Les opérations suivantes : ablation de l'appendicite, des amygdales, des végétations, opérations esthétiques.

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
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
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
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
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
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

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

La mutuelle fonde ses engagements sur la bonne foi des déclarations ci-dessus, présumées exactes et sincères. Toute fausse déclaration pourra entraîner la nullité de la garantie(article L L. 221-14 du Code de la Mutualité).

Je déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués dans le présent bulletin d'adhésion/d'admission et avoir pris connaissance des différentes garanties. J'ai été informé de l'ensemble de mes droits et obligations par le remise préalable à mon adhésion d'un exemplaire des statuts et de la notice d'information des garanties « MGAS DGAC - Dépendance facultative » assuré par la MGAS.

Le futur membre participant ,

Fait à _____
Signature

Le ___/___/___

Lorsque l'admission du conjoint est demandée,

Fait à _____
Signature

Le ___/___/___