



MGAS MAS Référence

Offre référencée par les ministères de la Santé, du Travail, de l'Education Nationale et des Sports
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 et à compléter.

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 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 jusqu'au 31 décembre de l'année de sa prise d'effet 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.

MES BESOINS EN PROTECTION SANTÉ

En cas d'hospitalisation, comment souhaitez-vous être remboursé pour les dépassements d'honoraires et la chambre particulière ?	<input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas de prise en charge <input type="checkbox"/> Je souhaite une prise en charge partielle <input type="checkbox"/> Je souhaite une prise en charge renforcée
Consultez-vous des généralistes ou des spécialistes pratiquant des dépassements d'honoraires ?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Souvent
Souhaitez-vous bénéficier de remboursements pour un équipement optique et/ou des lentilles ?	<input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas de prise en charge <input type="checkbox"/> Je souhaite une prise en charge partielle <input type="checkbox"/> Je souhaite une prise en charge renforcée
Quelle prise en charge souhaitez-vous pour les soins et prothèses dentaires ?	<input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas de prise en charge <input type="checkbox"/> Je souhaite une prise en charge partielle <input type="checkbox"/> Je souhaite une prise en charge renforcée
Souhaitez-vous bénéficier d'une amélioration de vos garanties optique, dentaire et médecine douce en cours de vie de votre adhésion (à la 2 ^{ème} et 5 ^{ème} année d'adhésion) ? *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

* Le renfort fidélité peut être souscrit de façon facultative, en complément du niveau 1, 2 ou 3, pour les Membres Participants et leur conjoint.

NOTRE CONSEIL POUR VOTRE PROTECTION SANTÉ

Selon les besoins que vous avez exprimés ci-dessus, la formule de garanties recommandée est :	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/> Niveau 3 <input type="checkbox"/> Niveau 3 + Renfort Premium
Selon les besoins que vous avez exprimés ci-dessus, le renfort fidélité est :	<input type="checkbox"/> Recommandé <input type="checkbox"/> Non recommandé

MON CHOIX POUR MA PROTECTION SANTÉ

Suite au recueil de mes besoins et à la recommandation de la MGAS	<input type="checkbox"/> Je décide d'adhérer à la formule recommandée <input type="checkbox"/> Je décide d'adhérer à une autre formule <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/> Niveau 3 <input type="checkbox"/> Niveau 3 + Renfort Premium
---	---

SERVICES ASSOCIÉS

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 (MFPPrécaution)	Inclus
Protection juridique santé (assurée par Allianz)	Inclus

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

À lire attentivement et à compléter.

PROTECTION PRÉVOYANCE

La souscription à la protection prévoyance est obligatoire et réservée au Membre Participant en activité (les retraités et les ayants droit ne bénéficient pas de cette protection).

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 (incluant également une garantie « capital éducation »)
 Je souhaite le capital renforcé (incluant également une garantie « capital éducation »)

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 (incluant également une garantie « capital éducation »)
 Je souhaite une indemnité renforcée (incluant également une garantie « capital éducation »)

NOTRE CONSEIL POUR VOTRE PROTECTION PRÉVOYANCE

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

- Base Option 1 Option 2

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 : Base Option 1 Option 2

CONCERNANT LES GARANTIES INCAPACITÉ, INVALIDITÉ, DÉCÈS, PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE :

Les Membres Participants ne sont pas soumis à sélection médicale. Le Membre Participant en arrêt de travail ou en temps partiel thérapeutique au moment de la prise d'effet de son adhésion sera admis dans les garanties dès lors qu'il aura repris une activité normale de service.

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 (celui-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 générale décrite ci-jointe, 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.

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.

¹À 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 le biais d'une désignation sur papier libre transmise à la mutuelle par lettre recommandée, soit par voie d'avenant au contrat, soit en remplissant les formalités édictées par l'article 1690 du code civil, soit par voie testamentaire. 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 L223-1 du Code de la mutualité: soit un avenant signé par la Mutuelle, le stipulant et le bénéficiaire, soit un acte authentique ou 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 10 de chaque mois.

ORGANISME CRÉANCIER

MGAS - 96 AVENUE DE SUFFREN - 75730 PARIS CEDEX 15

IDENTIFICATION CRÉANCIER SEPA (ICS)

FR53ZZZ243884

MULTI DÉTENTION DE CONTRATS ET LIMITES D'INDEMNISATION

Article 9 de la loi du N°89-1009 du 31/12/1989

« Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. »

Article 2 du décret N° 90-769 du 30/08/1990

« Pour l'application du 2^{ème} alinéa de l'article 9 de la loi du 31/12/1989 susvisée, les garanties de même nature, contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit leur date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. »

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 du ministère des Affaires Sociales pour les retraités,
- 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 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 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,...),
- 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.

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, de la notice d'information et ses annexes pour les garanties assurées par la MGAS, IMA Assurances, Allianz, 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 et avoir pris connaissance des différentes garanties, des limites et exclusions décrites à la notice d'information et ses annexes. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L221-14 (fausse déclaration intentionnelle) ou L221-15 (fausse déclaration non intentionnelle) du Code de la mutualité.

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 à la rubrique «Formulaire d'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 à MGAS MAS Référence 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 à MGAS MAS Référence (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. Je suis informé que si j'ai demandé à la Mutuelle le versement de prestations dans le délai de renonciation de trente jours visé ci-dessus, je ne peut plus user de ma faculté de renonciation puisque j'ai demandé expressément l'exécution du contrat par la Mutuelle. Démarchage (article L221-18-1 Code de la Mutualité) : «Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités».

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

- Les informations recueillies sont obligatoires pour une adhésion à la mutuelle et un défaut des informations demandées empêchera une adhésion à celle-ci. Les informations sont exclusivement utilisées dans le cadre de la passation des contrats, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet. Elles peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels le Membre Participant ou l'Assuré bénéficie de garanties, ainsi qu'aux délégataires de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires, réassureurs. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. Les informations recueillies seront conservées pendant une durée qui n'excèdera pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, le Membre Participant, ou toute personne dont des données personnelles sont conservées par la Mutuelle, dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et d'effacement sur les informations le concernant. Il pourra exercer ce droit d'accès, de rectification, d'opposition ou d'effacement en s'adressant directement à la mutuelle à l'adresse de son siège social à l'attention du Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle dont les coordonnées sont les suivantes : MGAS - TSA 30129 - 37206 Tours Cedex. Le Membre Participant dispose aussi du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication des données à caractère personnel après son décès. Le Membre participant a le droit d'introduire une réclamation concernant ses droits auprès de la CNIL (Commission Informatique et Libertés - 3 place de Fontenoy - 75007 Paris).

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

Sous réserve de la transmission de tous les documents demandés, mon adhésion prend effet, pour la garantie frais de santé, les garanties de prévoyance (si concerné(e)) 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 _____

Le _____

Signature de l'adhérent(e) :

précédée de la mention «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 1^{er} 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 - 69372 LYON Cedex 08 - Tél : + 33(0)4 72 75 50 25 - Fax : + 33(0)4 72 74 22 32 - 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 Assurances** Société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des Assurances. Immatriculée au RCS de Niort sous le n°481 511 632. Siège social : 118 avenue de Paris - 79000 Niort. **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. **Allianz Protection Juridique.** Entreprise régie par le Code des Assurances. Société Anonyme au capital de 1 895 248 €. Siège social : 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex - SIREN 382 276 624 RCS Nanterre.

LETTRE DE RÉSILIATION

ENVOI RECOMMANDÉ

Fait à _____ Le _____

DEMANDEUR

Civilité _____ Nom _____ Prénom _____

N° Sécurité sociale et clé _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville / Pays _____

ORGANISME COMPLÉMENTAIRE DESTINATAIRE DE LA RÉSILIATION

Nom de l'organisme complémentaire _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville / Pays _____

Numéro / Référence du contrat à résilier _____

OBJET : RÉSILIATION

Madame, Monsieur,

Je vous informe, par la présente lettre recommandée, de ma décision de résilier mon/mes contrat(s) :

Complémentaire Frais de Santé souscrit sous le numéro / référence : _____

Entendu que je respecte le délai de préavis contractuel, vous voudrez bien noter que celui-ci prendra fin le _____

Complémentaire Prévoyance souscrit sous le numéro / référence : _____

Entendu que je respecte le délai de préavis contractuel, vous voudrez bien noter que celui-ci prendra fin le _____

Je vous saurai gré de bien vouloir me faire parvenir une confirmation écrite m'indiquant la date effective de résiliation et de bien vouloir me restituer les éventuelles sommes versées par avance.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Signature du demandeur

