



Activ'Santé Prévoyance MGAS Séréna 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 (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 le Règlement Mutualiste et les notices, 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.

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

Souhaitez-vous bénéficier de remboursements pour un équipement optique et/ou des lentilles ?

- 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 soins et prothèses dentaires ?

- Je ne souhaite pas de prise en charge
 Je souhaite une prise en charge partielle
 Je souhaite une prise en charge renforcée

Les fonctionnaires et agents de droit public de la Fonction Publique Territoriale relevant des collectivités et établissements mentionnés aux articles 2 et 12 de la Loi n°8453 du 26 janvier 1984, qui adhèrent à la présente offre, peuvent bénéficier de la participation de leur employeur au financement de la couverture du risque «santé».

NOTRE CONSEIL POUR VOTRE PROTECTION SANTÉ

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

- MGAS Essentielle 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

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 (MFPPrécaution)	Inclus
Protection de l'étudiant paramédical ¹ : Responsabilité civile + Couverture des dommages corporels + Assistance juridique par téléphone	Inclus pour les étudiants en IFSI, IFAS et écoles paramédicales. Protection acquise uniquement pour les étudiants

1. Pour les étudiants paramédicaux qui adhèrent en qualité de Membre Participant, la Protection de l'Étudiant est incluse. Prestations assurées dans le cadre d'un contrat collectif souscrit auprès de SHAM.

PROTECTION FACULTATIVE

Une garantie complémentaire et optionnelle « Multigaranties Professionnelles des Agents Publics » est possible pour les Agents de la Fonction Publique Hospitalière en complétant le formulaire prévu à cet effet, disponible sur mgas.fr :

Protection Multigaranties Professionnelles des Agents Publics² :

Protection juridique vie professionnelle - faute détachable du service + Responsabilité civile professionnelle + Forfait inaptitude professionnelle + Assistance en cas de déplacement professionnel

Je complète le formulaire prévu à cet effet, disponible sur mgas.fr

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

À lire attentivement et à compléter.

PROTECTION PRÉVOYANCE

Pour la protection prévoyance :

- Vous y souscrivez obligatoirement si vous êtes Membre Participant et agent de la Fonction publique d'État ou Hospitalière,
- Vous pouvez y souscrire facultativement si vous êtes Membre Participant salarié de droit privé
- Vous ne bénéficiez pas de garanties de prévoyance si vous êtes Membre Participant étudiant ou agent de la Fonction Publique Territoriale.

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
 Je souhaite le capital renforcé

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
 Je souhaite une indemnité renforcée

En cas de dépendance totale, quel niveau de rente souhaitez-vous ?

- Je souhaite une indemnité minimum
 Je souhaite une indemnité intermédiaire
 Je souhaite une indemnité renforcée

NOTRE CONSEIL POUR VOTRE PROTECTION PRÉVOYANCE

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

- Serena Serena + Serena Max

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 : Serena Serena + Serena Max

CONCERNANT LES GARANTIES DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA), COMPLÉMENT DE PERTE DE TRAITEMENT OU SALAIRE EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT) :

La souscription à la garantie «Décès-PTIA» est soumise à une déclaration de bonne santé : si l'adhérent n'est pas en mesure de signer la déclaration de bonne santé, ses garanties de Prévoyance se limiteront à l'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) à l'Invalidité Permanente Totale (IPT), l'Invalidité Permanente Partielle (IPP) et à la Dépendance.

Les Membres Participants sont soumis à un délai de stage de 6 mois à partir de leur date d'adhésion, sauf s'ils justifient d'une ancienneté dans la Fonction Publique inférieure à 5 ans.

Le délai de stage est une période au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas bien que le Membre Participant cotise.

Par dérogation, le délai de stage n'est pas applicable au Membre Participant, anciennement couvert par une garantie Prévoyance équivalente souscrite auprès d'un autre organisme complémentaire d'assurance maladie, ayant le même objet et dans les mêmes conditions que par la présente garantie, et à la condition que la résiliation de l'ancienne garantie et son adhésion à la présente garantie soient simultanées ; le document de l'organisme mentionnant la garantie dont le Membre Participant était bénéficiaire est à fournir par ce dernier à la MGAS.

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 pourra justifier d'une période de reprise d'activité ininterrompue d'une durée de 180 jours. Les sinistres nés antérieurement à l'adhésion ou pendant le délai de stage ne sont pas indemnisés.

CONCERNANT LE VERSEMENT DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS OU DE PTIA

En cas de PTIA, le bénéficiaire de la garantie est le Membre Participant lui-même.

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 (ceux-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 décrite ci-dessus, 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.

CONCERNANT LA GARANTIE DÉPENDANCE

Pour la garantie Dépendance, le Membre Participant ayant plus de 5 ans d'ancienneté dans la Fonction Publique ou ne travaillant pas dans la Fonction Publique est soumis à un questionnaire médical simplifié.

Si le candidat répond NON à toutes les questions, l'adhésion est acceptée. En revanche, s'il répond OUI à au moins une des questions, le tarif « risque aggravé » correspondant au triplement de la cotisation Dépendance sera appliqué. MGAS ne peut procéder en aucun cas à des exclusions de pathologies.

Le droit à prestations est soumis à un délai d'attente qui démarre à partir du diagnostic par le médecin de la mutuelle.

Les délais d'attente sont les suivants :

- un an en cas de dépendance totale consécutive à une maladie,
- trois ans en cas de dépendance totale consécutive à un état de démence sénile ou à la maladie d'Alzheimer.

Tout état de dépendance constaté ou ayant débuté antérieurement ou pendant ce délai d'attente ne peut être pris en charge au titre de la présente garantie.

Dans ce cas précis, l'adhésion prendra fin automatiquement et les cotisations versées seront intégralement remboursées.

En cas d'augmentation de la rente garantie (changement de la formule de prévoyance), un nouveau délai d'attente débute pour le montant correspondant à la différence entre les deux niveaux de rente choisis. Le nouveau délai d'attente prévu ci-dessus s'applique à partir de la date de modification.

¹ À 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 acte sous seing privé ou par acte authentique, soit par voie d'avenant au bulletin d'adhésion par le biais d'une désignation sur papier libre, transmise à la mutuelle par lettre recommandée, soit en remplissant les formalités édictées par l'article 1690 du Code Civil, soit par voie testamentaire. La stipulation par laquelle le bénéficiaire 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 L223-11 du Code de la mutualité : soit un avenant signé par la Mutuelle, le stipulant et le bénéficiaire, soit un acte authentique 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.

FORMULAIRE D'ADHÉSION

MEMBRE PARTICIPANT

À compléter.

Civilité _____ Nom de naissance _____ Nom marital _____ Prénom _____

Né(e) le _____ À _____ N° Sécurité sociale et clé _____ Situation familiale Célibataire En couple

Adresse _____

Code postal _____ Ville / Pays _____

Téléphone _____ Portable _____ E-mail _____

Employeur/École : Fonction Publique d'État Fonction Publique Territoriale Fonction Publique Hospitalière Étudiant paramédical Salarié de droit privé Autre situation

Nom de l'employeur/école _____ Si étudiant paramédical, date prévisionnelle de fin d'études _____

Date d'entrée dans la Fonction Publique : _____ Indice majoré _____ ou revenu brut mensuel _____

Temps partiel Non Oui : _____% Est-il imposé par votre employeur ? Non OuiAdhérent(e) au Comité de Gestion des Œuvres Sociales (CGOS) Non Oui

AYANT(S) DROIT

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

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, je fais le choix :

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

PROTECTION FACULTATIVE

(Exclusivement réservée aux agents de la Fonction Publique Hospitalière à l'exception des professions sage-femme, chirurgien, anesthésiste et gynécologue)

 Multigaranties Professionnels des Agents Publics (Je complète le formulaire prévu à cet effet, disponible sur mgas.fr)
Prestations assurées dans le cadre d'un contrat collectif souscrit auprès de **SHAM**

PROTECTION PRÉVOYANCE

(Obligatoire pour le Membre Participant de la Fonction Publique d'Etat et Hospitalière, facultative pour le Membre Participant salarié de droit privé. Sans prévoyance pour le Membre Participant étudiant, ou agent de la Fonction Publique Territoriale).

 MGAS Sérène MGAS Sérène + MGAS Sérène Max

DÉCLARATION DE BONNE SANTÉ (uniquement si souscription à la Protection Prévoyance)

La souscription à la garantie «Décès-IPA» est soumise à une déclaration de bonne santé. Pour adhérer, le Membre Participant ne doit être ou avoir été atteint d'une pathologie cardio-vasculaire, cancéreuse ou tumorale ou une insuffisance respiratoire, des troubles de la parole, de l'écriture ou de la mémoire, une maladie d'Alzheimer, une sclérose en plaque (SEP), une maladie de Parkinson, un accident vasculaire cérébral (AVC), une hémorragie cérébrale, une maladie des muscles ou une myopathie et plus généralement, bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour affection longue durée (100%). Si l'adhérent n'est pas en mesure de signer la déclaration de bonne santé, ses garanties de Prévoyance se limiteront à l'Incapacité Temporaire Totale de Travail, à la Solidarité Enfants Orphelins Handicapés et à la Dépendance.

Je déclare être en bonne santé, j'adhère à l'ensemble des garanties de Prévoyance : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Total de Travail (ITT), Invalidité Permanente Totale (IPT), Invalidité Permanente Partielle (IPP) et Dépendance. Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'adhésion et avoir été informé(e) qu'en cas de non-respect de ces conditions de ma part, je m'expose à la nullité de mon adhésion pour fausse déclaration intentionnelle. Le capital décès sera versé dans les conditions suivantes :

Au choix

Je fais le choix de la formule générale («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 (ceux-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.»)

Je fais le choix de la formule particulière et j'indique 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, pourcentage de répartition.

Je ne suis pas en mesure de signer la déclaration de bonne santé, mes garanties se limiteront à l'Incapacité Totale de Travail (ITT) l'Invalidité Permanente Totale (IPT), à l'Invalidité Permanente Partielle (IPP) et à la Dépendance.

Questionnaire réservé aux Membres Participants souscripteurs de la protection prévoyance, ayant **plus de 5 ans d'ancienneté** dans la Fonction Publique ou ne travaillant pas dans la Fonction Publique.

À lire attentivement

La MGAS fonde ses engagements sur la bonne foi des déclarations ci-après, présumées exactes et sincères.

Toute fausse déclaration de nature à atténuer l'importance du risque entraînera la déchéance de la garantie et la résiliation de la souscription.

Nous vous remercions pour des raisons de confidentialité de n'apporter ni commentaire ni correction à ce questionnaire.

Les questions posées ne concernent pas :

- tous les bilans et examens réalisés à titre préventif avec un résultat normal,
- le dentaire et les grossesses,
- les opérations suivantes : appendicite, amygdales, végétations, esthétiques.

1. 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										
2. 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										
3. 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										
4. 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										
5. 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										
6. La différence entre votre taille et votre poids en kg se trouve t-elle en dehors de la fourchette indiquée ?												
Taille (en cm)	150	151-155	156-160	161-165	166-170	171-175	176-180	180-185	186-190	195	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Poids (en kg)	40-67	41-70	44-75	47-80	50-85	53-90	56-95	59-100	63-105	70-115		

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions, le tarif «risque aggravé» sera appliqué (la part de la cotisation liée à la dépendance sera triplée).

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).

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations figurant dans ce questionnaire et reconnais que toute fausse déclaration de ma part ou toute réticence de nature à atténuer l'importance du risque entraînera la déchéance de la garantie et la résiliation de l'adhésion.

Fait à _____

Le _____

Signature de l'adhérent(e) :

précédée de la mention «Lu et approuvé» :

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

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

Afin de valider votre demande d'adhésion, merci de compléter 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, du Règlement Intérieur et Institutionnel, du Règlement Mutualiste et ses annexes, des garanties assurées par la MGAS, IMA Assurances, SHAM, 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 (dont déclaration de bonne santé, désignation de bénéficiaire(s) si concerné(s)), mandat de prélèvement SEPA, questionnaire médical simplifié relatif à la garantie Dépendance du contrat de prévoyance MGAS Sérène (si concerné(e))) 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

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'excédera 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 a le droit d'introduire une réclamation concernant ses droits auprès de la CNIL (Commission Informatique et Libertés - 3 Place de Fontenoy - 75007 Paris).

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» :

