



MEMBRE PARTICIPANT

N° Adhésion _____ N° Sécurité sociale _____ | _____

Civilité _____ Nom _____ Prénom _____ Né(e) le ___/___/_____

Facultatif : si je souhaite mettre à jour des coordonnées me concernant, je peux les indiquer ci-dessous :

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Tél. _____ Portable _____

E-mail _____

Important : Les Ayants Droit bénéficient de la même garantie Frais de Santé que celle du Membre Participant auquel il(s) est/sont rattachés. En revanche, ceux-ci ne peuvent prétendre aux Garanties Prévoyance obligatoires dont bénéficie le Membre Participant.

AYANT(S) DROIT

Le rattachement des enfants mineurs n'est possible que s'ils sont ayants droit Sécurité sociale d'un parent inscrit à la MGAS. Si vous souhaitez ajouter d'autres ayant(s) droit ou si vous souhaitez signaler une adresse différente, merci de l'indiquer sur papier libre.

Statut	Civilité	Nom Prénom	Né(e) le	N° de Sécurité sociale	E-mail
Conjoint	_____	_____	___/___/_____	_____	_____
Enfant	_____	_____	___/___/_____	_____	_____
Enfant	_____	_____	___/___/_____	_____	_____
Enfant	_____	_____	___/___/_____	_____	_____

Important

Si vous souhaitez ajouter d'autres ayant(s) droit ou si vous souhaitez signaler une adresse différente, merci de l'indiquer sur papier libre.

À LIRE ATTENTIVEMENT :

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions de l'adhésion de mon ou mes ayant(s) droit. Je reconnais avoir pris connaissance des garanties et conditions détaillées dans le règlement mutualiste de l'offre souscrite. Je m'engage à remplir toutes mes obligations réglementaires et à faire connaître sans délai à la MGAS toute modification de ma situation ou de celles de mes ayants droit. J'atteste être à jour de mes cotisations et je demande l'inscription des personnes indiquées sur le présent bulletin en qualité d'ayant(s) Droit MGAS, sous réserve de la fourniture de toutes les pièces justificatives à la constitution du dossier d'inscription (voir la liste des pièces au verso), pour une prise d'effet :

le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du bulletin par la MGAS le 01 / ___ / _____ (cette date ne peut être rétroactive)

À compter de la date de naissance de mon enfant si la demande d'adhésion intervient dans un délai de 3 mois à compter de la naissance

Fait à _____ Le ___/___/_____

Signature originale manuscrite de l'adhérent(e) :
précédée de la mention «Lu et approuvé».





PIÈCES À FOURNIR

Pour le conjoint, pacsé, concubin :

- Une photocopie de l'attestation de Sécurité sociale en cours de validité¹ si le conjoint ne figure pas sur celle du membre participant
- Un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.). À défaut, les remboursements seront effectués sur le compte du membre participant
- Une photocopie du dernier bulletin de salaire ou justificatif de ressources pour le conjoint, pacsé, concubin dont les ressources sont inférieures au quart du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

Pour les enfants :

- Pour les nouveaux nés : un acte de naissance
- Une photocopie de l'attestation de Sécurité sociale en cours de validité¹ si l'enfant ne figure pas sur celle du membre participant

S'ils ont plus de 18 ans / étudiants :

- + Une photocopie de la carte d'étudiant ou du certificat de scolarité à jour
- + Un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.). À défaut, les remboursements seront effectués sur le compte du membre participant

Si l'enfant perçoit des ressources supérieures au quart du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, il devra adhérer en qualité de membre participant.

S'ils sont en situation de handicap :

- + Une photocopie de la carte d'invalidité

¹ Pour récupérer votre attestation de Sécurité sociale, rendez-vous sur <http://www.ameli.fr> à la rubrique «Mon compte».

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 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, 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. 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. Pour ce faire, je peux adresser un courrier au siège social de la Mutuelle.

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. »

Besoin d'aide pour compléter le formulaire ? Je contacte un conseiller :

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 : www.mgas.fr

Par courrier : MGAS - TSA 30129 - 37206 Tours Cedex

