

À renvoyer à l'adresse ci-contre

(À remplir en lettres capitales)

Mutuelle Générale des Affaires Sociales

Mutuelle régie par le Code de la mutualité RNM 784301475

31 rue Falguière – 75730 PARIS CEDEX 15

Téléphone 0 826 103 183 (n° non surtaxé) - Fax 01 44 10 55 34

## MEMBRE PARTICIPANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Patronyme : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_

N° Sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Date d'adhésion : \_\_\_\_\_

Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)  Vie Maritale  Pacsé(e)

En date du : \_\_\_\_\_

Téléphone personnel : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Adresse : N°: \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité de distribution : \_\_\_\_\_

Fonctionnaire d'Etat  Fonctionnaire Collectivité territoriale  Fonctionnaire Hospitalier  Non Fonctionnaire

Affectation administrative actuelle : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'administration : \_\_\_\_\_ Grade et fonction : \_\_\_\_\_

Dénomination exacte et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

Adresse du lieu de travail : \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

Indice de Traitement Fonction Publique (indice nouveau majoré) : \_\_\_\_\_ ou rémunération annuelle brute : \_\_\_\_\_

En cas de temps partiel, pourcentage d'activité : \_\_\_\_\_ % Imposé par l'employeur :  Oui  Non

*Dans tous les cas, joindre une copie des 3 derniers bulletins de salaire ou une attestation indiquant vos ressources brutes mensuelles.*

**OFFRE SANTÉ** : J'ai pris connaissance de l'offre santé. Je fais le choix pour moi-même et mes ayants droits de :

**PRÉMI SANTÉ**

**VITA SANTÉ**

**MULTI SANTÉ**

*Selon conditions statutaires*

**PRÉVOYANCE STATUTAIRE PRÉMUO M023** (voir informations page 3) :

Je choisis l'option spécifique moins de 35 ans

Désignation des bénéficiaires :

suivant la formule générale

autre désignation (cf. page 3)

- J'autorise mon employeur à procéder au précompte sur traitement des cotisations qui seront appelées par la MGAS (le délai minimum de mise en place étant de 2 mois, une facture complémentaire me sera adressée).

- J'atteste avoir reçu un exemplaire des statuts MGAS, d'un protocole d'accord Entreprise / MGAS (selon la situation) et reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur administratif et des statuts de la MGAS, des notices des garanties collectives (notice d'information du contrat Prémuo M023).

- Je m'engage à faire connaître sans délai à ma section d'appartenance ou au siège de la mutuelle toute modification de ma situation administrative, professionnelle, familiale ou autre, ainsi que celles concernant les membres de ma famille. « J'ai la faculté de renoncer à mon adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception conformément aux dispositions de l'article L223-8 du code de la mutualité ».

A défaut les cotisations seront réglées mensuellement par prélèvement automatique sur compte courant.

- Je certifie l'exactitude des renseignements et des choix ci-dessus.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

(Signature obligatoire)



**L'ADHÉSION AU CONTRAT DE PRÉVOYANCE MUTUALISTE PRÉMUO M023** souscrit auprès des Unions MFPrévoyance est indissociable de la couverture santé (décret n° 2007-1373 du 19/09/07).

« L'adhésion au contrat s'effectue sans formalité médicale pour les candidats qui sont membres participants de la Mutuelle et qui sont entrés depuis moins de cinq ans, dans la fonction publique ou salarié d'un « employeur public ». Si le membre de la Mutuelle ne répond pas aux conditions énoncées ci-dessus, une sélection médicale est effectuée ».

## OPTION SPÉCIFIQUE « MOINS DE 35 ANS »

Il est prévu une option spécifique de prévoyance réservée aux moins de 35 ans pour laquelle un taux de cotisation minoré est instauré.

## PERSONNEL HOSPITALIER

Il est tenu compte des prestations servies par le Comité de Gestion des Œuvres Sociales des établissements hospitaliers. Ceci permet aux personnels hospitaliers de bénéficier d'une cotisation prévoyance réduite.

## DÉSIGNATION DU / DES BÉNÉFICIAIRE(S) DU CAPITAL DÉCÈS

Les bénéficiaires sont ceux désignés par l'adhérent. À l'inscription, l'adhérent a le choix entre deux formules :

- **soit la formule générale suivante** : « mon conjoint survivant non séparé de corps par jugement définitif, ni divorcé, mon concubin ou mon partenaire lié par un pacs, à défaut et par parts égales, mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut et par parts égales mes ascendants au 1<sup>er</sup> degré, à défaut mes héritiers en proportion de leurs parts égales héréditaires, à défaut, la Mutuelle Générale des Affaires Sociales ».
- **soit toute formule particulière différente** : veiller dans ce cas à :

- 1) indiquer avec précision l'identité du ou des bénéficiaires, en précisant ses nom, prénoms, date et lieu de naissance, en tenant compte des évolutions familiales ultérieures et en évitant les désignations difficilement interprétables.
- 2) bien préciser, le cas échéant, les pourcentages de répartition du capital à chacun des bénéficiaires.
- 3) tenir compte, le cas échéant, d'un ordre préférentiel. Votre conseiller mutualiste se tient à votre disposition pour vous aider, si vous le souhaitez.

La formule générale s'applique à défaut du choix d'une formule particulière. L'adhérent peut modifier, à sa convenance et à tout moment, le ou les bénéficiaires désignés. Toutefois, dans l'hypothèse où l'un des bénéficiaires a accepté, par écrit, la désignation, cette modification ne pourra être faite qu'avec son accord.

## DÉSIGNATION DU / DES BÉNÉFICIAIRE(S) DU CAPITAL DÉCÈS

### DÉSIGNATION DU / DES BÉNÉFICIAIRE(S) DU CAPITAL DÉCÈS (cf. indications ci-dessus)

---

---

---

---

---

Fait à \_\_\_\_\_ le 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Signature obligatoire)

### COMMENT AVEZ-VOUS CONNU LA MUTUELLE ?

- Par Internet                       Par un collègue                       Contact direct service développement MGAS  
(entretiens, forum, salon...)
- Par votre employeur                      Autre, préciser : \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- En application de l'article 27 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés, vous êtes informé(e) :
  - Du caractère obligatoire des réponses à fournir au présent questionnaire pour votre adhésion à la MGAS.
  - Qu'à défaut de réponse complète, votre adhésion ne pourrait être enregistrée.
- Les informations recueillies sont destinées à un usage interne à notre groupement et ne pourront être communiquées qu'aux tiers autorisés mentionnés sur les déclarations faites à la Commission Nationale Informatique et Libertés et ayant signé un accord de partenariat avec la MGAS. Vous pouvez à tout moment vous opposer à cette transmission, par écrit.
- En outre, êtes-vous d'accord pour recevoir des informations sur les produits diffusés par des organismes ou des entreprises extérieurs au secteur social, avec lesquels nous serions en rapport ?

OUI

NON

Signature :

- Vous disposez en permanence d'un droit d'accès et de rectification des éléments vous concernant contenus dans notre fichier MGAS.

## **ARTICLE 9 DE LA LOI N°89-1009 DU 31 DECEMBRE 1989 RENFORÇANT LES GARANTIES OFFERTES AUX PERSONNES ASSUREES CONTRE CERTAINS RISQUES :**

« 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 DECRET N°90-769 DU 30 AOUT 1990 PRIS EN APPLICATION DES ARTICLES 4, 9 ET 15 DE LA LOI N°89-1009 DU 31 DECEMBRE 1989 :**

« Pour l'application du deuxième alinéa de l'article 9 de la loi du 31 décembre 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 la 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. »

## **PIÈCES À FOURNIR LORS DE LA DEMANDE D'ADHÉSION**

### **CONCERNANT L'ADHÉRENT :**

- Photocopie des trois derniers bulletins de salaire ou justificatifs de ressources.
- Photocopie de l'attestation papier de carte Vitale bien à jour (avec le nom de toutes les personnes à inscrire).
- R.I.B. ou R.I.P. original (pour le remboursement des prestations).
- Demande et autorisation de prélèvement remplies, datées et signées.

### **CONCERNANT LE CONJOINT ET / OU L'ASCENDANT :**

- Photocopie des trois derniers bulletins de salaire ou justificatifs de ressources ou avis d'imposition.
- Photocopie de l'attestation papier de carte Vitale bien à jour.
- R.I.B. ou R.I.P. original (pour le remboursement des prestations).

### **CONCERNANT LES ENFANTS À CHARGE (AU SENS SÉCURITÉ SOCIALE) :**

- Photocopie du livret de famille.

### **CONCERNANT LES ENFANTS ÉTUDIANTS :**

- Photocopie de la carte d'étudiant ou Certificat de scolarité à jour.
- Photocopie de l'attestation papier de Sécurité Sociale d'étudiant de l'année universitaire en cours.
- R.I.B. ou R.I.P. original (le sien ou celui des parents pour le remboursement des prestations).