

Ce présent bulletin d'adhésion doit être accompagné des pièces suivantes :

- Une photocopie actualisée de l'attestation délivrée par le régime obligatoire d'assurance maladie,
- Un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne,
- Un mandat de prélèvement SEPA rempli et signé le cas échéant.

IDENTIFICATION DU MEMBRE PARTICIPANT

Nom : _____ Prénom(s) : _____
 Nom de jeune fille : _____ Date de naissance : ____/____/____
 Numéro de Sécurité sociale : _____/_____

Régime d'affiliation : Régime Général Régime local Alsace Moselle
 Caisse d'affiliation : CPAM MSA RSI Autre: _____ (A préciser)
 Situation familiale : Célibataire, divorcé(e), séparé(e), veuf (veuve) Marié(e), Pacsé(e), concubin(e)

Lieu de résidence : EHPAD / USLD FAM Domicile Autre: _____ (A préciser)

Mesure de protection juridique : NON OUI
 Niveau de la mesure juridique : Tutelle Curatelle renforcée Curatelle Sauvegarde de Justice

Interlocuteur pour la gestion du contrat	
Nom et Prénom : _____	Fonction : _____
Coordonnées du représentant légal pour les correspondances	
Etablissement: _____	
Adresse: _____	
Code postal : _____	Ville : _____ Téléphone : _____

AUTRES PERSONNES A ASSURER

Qualité	Numéro de Sécurité sociale	Nom et Prénom(s)	Sexe	Date de naissance	Régime et caisse d'affiliation
Conjoint ou assimilé	_____	_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	____/____/____	_____
Enfant	_____	_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	____/____/____	_____
Enfant	_____	_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	____/____/____	_____

GARANTIE CHOISIE

Cocher et compléter la garantie choisie : Gamme EHPAD-USLD Garantie EMS DOMPRO
 Niveau : ____ (A préciser) : ____

MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Choix du jour du prélèvement : Le 15 Mode de paiement : Prélèvement Chèque Virement
 Périodicité : Mensuel Trimestriel Semestriel Annuel
 En cas de paiement par virement bancaire, la Mutuelle Europe établira, en fonction de la périodicité choisie, un appel de cotisations individuel auprès de l'établissement.

PAIEMENT DES PRESTATIONS

Je souhaite recevoir les prestations, sur :
 Le même compte bancaire que les cotisations
 Un compte bancaire différent de celui des cotisations (joindre un RIB à cet effet)
 En cas de paiement des prestations sur des comptes bancaires différents pour chaque bénéficiaire, veuillez nous fournir un relevé d'identité bancaire, postal ou caisse d'épargne, avec IBAN, pour chaque personne, en nous précisant le nom et prénom sur chaque document.



INFORMATIONS LEGALES

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, du règlement mutualiste pour les garanties assurées par la MGAS et par IMA Assurances, 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 1er jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion, soit le 1er 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 la MGAS 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 Mutuelle Europe (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(e) 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 peux 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

DATE D'ADHESION SOUHAITEE

01/__/20__

SIGNATURE

FAIT A _____ LE ____/____/____

SIGNATURE de l'adhérent ou de son représentant légal
(précédée de la mention « Lu et approuvé ») :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

Conformément au Code de la mutualité, la Mutuelle est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4 Place de Budapest. CS 92459. 75436 PARIS CEDEX 09 - www.acpr.banque-france.fr.



