

MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE
39 Rue du Jourdil – CS 99050 Cran-Gevrier
74992 ANNECY cedex 9
Tel : 04.50.57.99.96

Décision MGP Accord
Le : Refus

CONVENTION « DECES + INCAPACITE + HOSPITALISATION »
Garanties de prévoyance collective à adhésion facultative
Bulletin d'adhésion individuelle 2020

Adhérent à la MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS N° 74 1 M 0004611 000921

Mme M.

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom : Date de Naissance

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél : Courriel :

N°SS : Date d'adhésion à la MSPP :

Bénéficiaires du capital décès

- Désignation de bénéficiaires (ordre contractuel)
 Autre désignation : Formulaire à compléter (ci-après)

Au choix de l'Adhérent :

- Adhérent ACTIF Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3
Autre Adhérent Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3

COTISATIONS ANNUELLES

	Adhérent en activité à la BSPP			Autre Adhérent		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Jusqu'à 30 ans	60 €	120 €	240 €	168 €	336 €	672 €
De 31 ans à 45 ans	120 €	180 €	300 €	336 €	504 €	840 €
46 ans et plus	180 €	240 €	360 €	504 €	672 €	1 008 €

Cotisation (joindre une copie pièce d'identité)

Je m'engage à verser ma cotisation mensuellement par : Prélèvement bancaire (joindre un RIB et le mandat SEPA)

RESUME DES PRESTATIONS

- Allocation journalière

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Allocation Journalière	18 €	30 €	43 €

- Décès ou invalidité totale et permanente (ITP)

Montant des capitaux en cas de :	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Décès ou d'Invalidité Totale et Permanente (ITP) par maladie	20 000 €	40 000 €	80 000 €
Décès ou d'Invalidité Totale et Permanente (ITP) par accident	70 000 €	120 000 €	180 000 €
Incapacité Permanente et Partielle (IPP) par accident	N x 50 000 €	N x 100 000 €	N x 160 000 €

(N = taux d'infirmité)

Le capital en cas d'IPP par accident est versé pour une IPP supérieure à 10% et ne se cumule pas avec le capital versé en cas d'ITP par accident pour un même événement.

Partie réservée à la Mutuelle

Date d'adhésion :

Je soussigné(e) reconnais, à la date de souscription du contrat :

- Avoir reçu la notice d'information incluant les conditions générales des garanties, et la désignation de bénéficiaires (jointes au présent bulletin) ainsi que les Statuts et le Règlement Intérieur de la Mutuelle.
- J'atteste ne pas être (ou avoir été au cours de la dernière année) atteint d'une maladie ou de séquelles d'accident nécessitant des soins ou un traitement médical régulier et je transmets le questionnaire de santé en annexe de ce document, complété et signé.
- M'être vu proposer et expliquer plusieurs options en fonction de l'analyse de mes besoins et avoir choisi l'option cochée en toute connaissance de cause.

Je certifie l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Conformément à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Européen sur la Protection des Données Personnelles (UE) n°2016/679 du 27 Avril 2016, la Mutuelle Générale de Prévoyance et les autres destinataires traitent vos données personnelles dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution de vos contrats et dans le cadre de la relation commerciale. Ces informations peuvent également être traitées pour répondre à des obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur telles que la lutte anti-fraude et la lutte anti blanchiment.

Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant au Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : 39 Rue du Jourdil 74960 CRAN GEVRIER ou par mail dpo@mutuelles-entis.fr

Ce régime de prévoyance est garanti par la Mutuelle Générale de Prévoyance, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée à l'INSEE sous le n°337.682.660.

Siège social : 39 Rue du Jourdil – CS 99050 Cran-Gevrier – 74992 ANNECY cedex 9

Je suis une Personne Politiquement Exposée (PPE) OUI NON.

PPE : Personne exposée à des risques particuliers en raison des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives qu'elle exerce ou à exercées pour le compte d'un Etat ou de celles qu'exercent ou ont exercées des membres directs de sa famille ou des personnes connues pour lui être étroitement associées.

À Le
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Conditions applicables en cas de démarchage :

En cas de démarchage dans les conditions de l'article L221-18 du code de la consommation, l'adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires (y compris dimanches et jours fériés) à compter de la signature du bulletin d'adhésion pour renoncer à la souscription de ses garanties.

Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié, il sera prolongé au premier jour ouvrable suivant.

Il est toutefois précisé qu'il ne peut plus exercer ce droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat.

L'exercice du droit de renonciation entraîne l'annulation rétroactive du contrat. En cas d'adhésion à plusieurs garanties auprès de plusieurs organismes, la renonciation doit être adressée à chacun des organismes offrant la ou les garanties dont l'adhérent entend obtenir la résiliation.

L'exercice de ce délai de rétractation s'effectuera sous peine de nullité, sous forme d'un courrier recommandé avec accusé de réception suivant le modèle proposé ci-dessous.

Modèle de lettre de rétractation :

« Madame, Monsieur, »

En application de l'article L221-18 du code de la consommation, je vous informe par le présent courrier user de ma faculté de rétractation aux garanties souscrites en date du __ / __ / _____. Cette rétractation prend effet à la date de signature du bulletin d'adhésion.

Veillez agréer... « Lieu-Date-Nom-Prénom-Signature ».

Conditions applicables en cas de vente à distance

En cas de vente à distance dans les conditions de l'article L221-18 du Code de la Mutualité, l'adhérent est informé de la faculté qui lui est donnée de renoncer librement à la présente souscription par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter soit de la date d'effet de l'adhésion soit à la date de réception des conditions d'adhésion et informations légales afférentes à sa garantie si elle est postérieure. Il est toutefois précisé qu'il ne peut plus exercer ce droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat. L'exercice du droit de renonciation entraîne l'annulation rétroactive du contrat. En cas d'adhésion à plusieurs organismes, la renonciation doit être adressée à chacun des organismes offrant la ou les garanties dont l'adhérent entend obtenir la résiliation.

Modèle de lettre de renonciation à adresser en RAR à chaque organisme en cas de vente à distance

« Madame, Monsieur »

En application de l'article L221-18 du code de la mutualité, je vous informe par le présent courrier user de ma faculté de renonciation aux garanties proposées dont les conditions d'adhésion et informations légales me sont parvenues en date du __ / __ / _____. (Cachet de la poste faisant foi). Cette rétractation prend effet à la date prévu au contrat.

Veillez agréer... « Lieu-Date-Nom-Prénom-Signature »

CONDITIONS D'ADHESION

- L'adhésion est ouverte aux adhérents de la MSPP âgés de moins de 65 ans.
- Le Bulletin d'adhésion et le formulaire du questionnaire de santé doivent être complétés et signés.

RESUME DES MODALITES D'APPLICATION DES GARANTIES

- Une fois l'adhésion validée, la garantie est acquise :
 - ↳ dans un délai de trois mois en cas de maladie
 - ↳ sans délai en cas d'accident
- Le Capital en cas d'IPP par accident :
 - ↳ est versé pour une IPP supérieure à 10%
 - ↳ est calculé en multipliant le taux d'infirmité n déterminé par la Médecin Conseil de la MGP par le montant du Capital Décès en cas d'IPP par accident du niveau choisi (ex : pour un taux d'infirmité n de 70% en niveau 2 : $70\% \times 100\,000 \text{ €} = 70\,000 \text{ €}$).
 - ↳ ne se cumule pas avec le capital versé en cas d'ITP par accident pour un même évènement.
- l'Allocation Journalière d'Hospitalisation débute au 4^e jour d'hospitalisation et s'achève au plus tard au 30^e jour.
- Les prestations et les cotisations sont revalorisées annuellement suivant l'évolution de l'indice INSEE du coût de la vie.

EXCLUSIONS (article 25 des Conditions Générales)

Certains risques ne sont pas pris en charge :

- les faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir sur les organismes régis par le code de la mutualité en temps de guerre ;
- les faits de terrorisme, d'attentat, d'émeute, d'insurrection, de guerre civile ou étrangère, de sabotage, de rixe (sauf cas de légitime défense), d'agression ou crime, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès lors que l'Adhérent y prend une part active ;
- la participation volontaire du bénéficiaire à un crime ;
- la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite ;
- les conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ;
- la pratique de tous sports à titre professionnel ;

Le décès ou l'invalidité totale et permanente consécutif à :

- un suicide ou d'une tentative de suicide de l'adhérent au cours de la première année du contrat ;
- une affection ou un accident, dont l'origine ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'adhésion du contrat,
- une affection dont l'origine ou la première constatation médicale survient pendant la période de stage, sauf en cas d'accident.

Par dérogation à l'article 25 des Conditions Générales, ne sont pas exclus :

- les faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir sur les organismes régis par le code de la mutualité en temps de guerre ;
- les conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ;

En complément des exclusions précisées à l'article 25 des conditions générales, ne sont pas couverts :

- les traitements de rajeunissement et chirurgie esthétique non prescrits médicalement et leurs suites,
- les troubles neuropsychiatriques, les maladies psychiatriques, les dépressions nerveuses et état dépressif.

Etablissements exclus :

- les maisons de repos, de convalescence, de retraite, psychiatriques, de cures thermales, de cures de désintoxication, de gérontologie, de gériatrie,
- les centres de rééducation sont exclus si l'hospitalisation est inférieure à 15 jours continus.

DETAIL DES GARANTIES

GARANTIE ALLOCATION HOSPITALIERE

Point de départ du versement de l'allocation journalière

Le 4^e jour d'hospitalisation

Fin du versement de l'allocation journalière en cas d'hospitalisation

Le 30^e jour d'hospitalisation

Crédit d'indemnisation

Le crédit d'indemnisation est de 27 jours.

Montant de l'allocation journalière en cas d'hospitalisation toutes causes

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Allocation journalière	18 €	30 €	43 €

GARANTIE CAPITAL DÉCÈS - INVALIDITÉ TOTALE ET PERMANENTE

Montant des Capitaux en cas de	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Décès ou d'Invalidité Totale et Permanente (ITP) par maladie	20 000 €	40 000 €	80 000 €
Décès ou d'Invalidité Totale et Permanente (ITP) par accident	70 000 €	120 000 €	180 000 €
Incapacité Permanente et Partielle (IPP) par accident	N x 50 000 €	N x 100 000 €	N x 160 000 €

(N = taux d'infirmité)

Le capital en cas d'IPP par accident est versé pour une IPP supérieure à 10% et ne se cumule pas avec le capital versé en cas d'ITP par accident pour un même évènement

DELAI D'ATTENTE

Il n'y a pas de délai d'attente en cas de décès ou d'hospitalisation de l'assuré consécutif à un accident garanti.

Dans tous les autres cas, le délai d'attente est de 3 mois.

Le délai d'attente ne s'applique pas au nouvel arrivant en cas de reprise à la concurrence d'une garantie de même nature et de même montant, résiliée depuis moins de deux mois.

Cependant, si la nouvelle garantie est supérieure à l'ancienne, le délai d'attente s'applique sur l'augmentation.

Adhérent à la MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS

N° 74 1 M 0004611 000921

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES

Adhérent

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° Sécurité Sociale :

1. Vous désirez que la prestation soit attribuée **en totalité à un seul bénéficiaire ou à défaut (en cas, par exemple, de décès de celui-ci) à un ou plusieurs autres bénéficiaires à parts égales, ou selon un pourcentage attribué à chacun d'eux**, remplissez le cadre suivant :

% attribué ou ordre	Nom - Prénom	Date de Naissance	Adresse

2. A défaut, l'attribution sera faite en fonction de la désignation (ordre contractuel) suivante.

« **Je désigne comme bénéficiaire(s) de mon capital décès et selon la formule générale suivante :**

- au conjoint non séparé de droit ou de fait,
- au partenaire auquel le défunt était lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS),
à défaut par ordre prioritaire d'existence :
- aux enfants nés ou à naître de l'adhérent vivants ou représentés, par parts égales ; en cas de représentation, la part versée aux représentants est celle qui aurait été versée à l'enfant vivant,
- aux père et mère de l'adhérent, par parts égales,
- aux autres personnes dans la succession de l'adhérent, selon les règles successorales

Fait à le

Signature

Questionnaire de Santé



Nom* : Prénom* : Sexe : F M

Date de naissance : Profession :

Nom de l'entreprise* :

Courtier (le cas échéant)* :

Adresse* :

Téléphone* :

IMPORTANT : Aucune question ne doit être laissée sans réponse. Veuillez entourer votre réponse. Si oui, donner toutes les précisions nécessaires. Les réponses ne peuvent en aucun cas être remplacées par des traits. Elles doivent être écrites de la main de la personne à assurer, sans rature ni surcharge.

Votre taille :cm

Votre poids :kg

*** À compléter obligatoirement**

Traitement / Surveillance médicale

Êtes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel pour raison de santé ? Si oui : Laquelle ? Depuis quand ?	Oui	Non
Vous savez-vous atteint d'une maladie, infirmité ou d'une infection quelconque ? Si oui : De quelle nature ? Depuis quand ? Nécessite-t-elle une surveillance médicale régulière ?	Oui	Non
Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail, de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ou d'une invalidité, ou une demande est-elle en cours ?	Oui	Non
Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie chronique ? Si oui : Laquelle ? Sur quelle période ?	Oui	Non

Sur les 5 dernières années...

<p>Avez-vous eu des maladies ayant donné lieu à un traitement de plus de 3 mois ?</p> <p>Si oui : Laquelle ? Sur quelle période ?</p>	Oui	Non
<p>Avez-vous eu des maladies ayant donné lieu à une hospitalisation de plus de 5 jours ?</p> <p>Si oui : Laquelle ? Sur quelle période ?</p>	Oui	Non
<p>Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?</p> <p>Si oui : Laquelle ? Quand ?</p>	Oui	Non
<p>Devez-vous subir une intervention chirurgicale ?</p> <p>Si oui : Laquelle ? Quand ?</p>	Oui	Non
<p>Avez-vous été victime d'un accident ayant laissé des séquelles ?</p> <p>Si oui : Lesquelles ? Quand ?</p>	Oui	Non
<p>Avez-vous été en arrêt de travail plus de 30 jours consécutifs ?</p> <p>Si oui : Pour quel motif ? Quand ?</p>	Oui	Non

Cette déclaration est validée impérativement par la personne à assurer qui reconnaît en avoir pris lecture dans sa totalité. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou fausse déclaration sont celles prévues par le Code de la Mutualité (Art. L221-14 : nullité du contrat et Art. L221-15 pour la réduction proportionnelle des indemnités).

J'autorise la Mutuelle à communiquer ce document à ses mandataires, réassureurs et organismes professionnels habilités ; je dispose d'un droit d'accès et de rectification, de suppression, d'opposition pour motifs légitimes en m'adressant par écrit à l'adresse suivante : Mutuelle Générale de Prévoyance, 39 rue du Jourdil - 74960 Cran-Gevrier.

Les données personnelles de l'adhérent sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à l'expiration des délais de prescription légaux.

(Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées et au Règlement européen sur la protection des données (RGPD) du 27 avril 2016).

A, le

Signature de la personne à assurer précédée de la mention « **lu et approuvé** »