

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 2022

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

Envoi de vos documents par mail : OUI NON

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 signature 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.

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

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

Pour davantage d'informations notamment quant à l'exercice de vos droits, retrouvez notre politique de confidentialité <https://www.mgprev.fr/page-politique-protection-des-donnees-personnelles-12.php> ou dans nos Conditions Générales.

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 L221-18-1 du code de la mutualité, 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 L221-18-1 du code de la mutualité, 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 L221-18-1 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 L221-18-1 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

Toute personne souhaitant bénéficier des présentes garanties doit compléter, dater et signer un bulletin d'adhésion. Un questionnaire médical est demandé pour toute personne de 31 ans et plus (calculé par différence de millésime entre l'année de souscription et l'année de naissance).

Toute demande d'adhésion est subordonnée à l'acceptation de la Mutuelle.

Les formalités d'adhésion sont obligatoires pour tous les adhérents.

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 le 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 : $70\% \times 100\,000\,€ = 70\,000\,€$).
 - ↪ 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

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

RUM :
Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la **MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE (MGP)** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE (MGP). Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée :

- Dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.
- Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Votre Nom *
Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse *
Numéro et nom de la voie

*
Complément d'adresse

* *
Code Postal VILLE

* **FRANCE**
Pays

Les coordonnées de votre compte * [][][][] [][][][] [][][][] [][][][] [][][][] [][][][] [][][][]
Numéro d'identification internationale du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

* [][][][][][][][][][][][][][][] Code international d'identification – BIC (Bank Identifier Code)

Merci de joindre un RIB au format IBAN à cette demande

Nom du Créancier * **MGP**
Nom du créancier

* **FR82ZZZ262277**
Identifiant du Créancier ICS

Adresse * **39 Rue du Jourdil – CS 99050 Cran-Gevrier**
* **74992 Annecy Cedex 9**
* **FRANCE**

Type de paiement * Paiement récurrent / répétitif * Paiement ponctuel

Signé le * [][][] [][][] [][][][] À
Date : jj / mm / aaaa Lieu

Signature(s) * Veuillez signer dans le cadre ci-dessous

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

INFORMATIONS RELATIVES AU CONTRAT ENTRE LE CREANCIER ET LE DEBITEUR – Fournies seulement à titre indicatif

Code identifiant du débiteur
Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)
Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre la MGP et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

.....
Code identifiant du tiers débiteur

.....
Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.

.....
Code identifiant du tiers créancier

Contrat concerné
Numéro d'identification du contrat

A retourner à : **MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE**
39 Rue du Jourdil – CS 99050 Cran-Gevrier
74992 ANNECY Cedex 9

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier