

À RETOURNER À MORNAY MUTUELLE

JOINDRE IMPÉRATIVEMENT VOTRE QUESTIONNAIRE MÉDICAL
(SOUS PLI CONFIDENTIEL À L'AIDE DE L'ENVELOPPE JOINTE)

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT(E)

MONSIEUR MADAME MADEMOISELLE NOM _____

NOM DE JEUNE FILLE (S'IL Y A LIEU) _____ PRÉNOM _____

DATE DE NAISSANCE [][][][][][] N° SÉCURITÉ SOCIALE [][][][][][][][][][][][] CLÉ [][][]

ADRESSE _____

CODE POSTAL [][][][] VILLE _____ TÉL. DOMICILE [][][][][][][][]

ADRESSE MAIL _____ TÉL. PORTABLE [][][][][][][][]

SITUATION DE FAMILLE : CÉLIBATAIRE SÉPARÉ(E) DIVORCÉ(E) VEUF(VE) MARIÉ(E) PACSÉ(E) UNION LIBRE NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE _____

PROFESSION

J'EXERCE L'ACTIVITÉ DÉCLARÉE CI-DESSOUS DEPUIS AU MOINS DEUX ANS CONSÉCUTIFS : OUI NON

PROFESSION EXACTE _____ NAF / APE : [][][][][][]

VOTRE CLASSE PROFESSIONNELLE : CP1 CP2 CP3 REVENUS ANNUELS (IMPOSITION N-1) [][][][][][][] EUROS

NOM - ADRESSE DE VOTRE EXPERT-COMPTABLE _____

CODE POSTAL [][][][] VILLE _____ TÉLÉPHONE [][][][][][][][]

ADHÉSION

JE SOUHAITE SOUSCRIRE AU CONTRAT MORNAY TNS PRÉVOYANCE

À PARTIR DU [][][][][][] sous réserve de l'acceptation de l'Assureur

→ ÂGE LIMITE D'ADHÉSION : MOINS DE 60 ANS

MODE DE PAIEMENT

JE SOUHAITE QUE LA PÉRIODICITÉ DES PRÉLÈVEMENTS AUTOMATIQUES SOIT :

MENSUELLE TRIMESTRIELLE SEMESTRIELLE

→ joindre une autorisation de prélèvement et un relevé d'identité bancaire ou postal

MORNAY TNS PRÉVOYANCE

BASE DES GARANTIES CHOISIE : 0,5 PASS 1 PASS 1,5 PASS SOIT [][][][] PASS (en euros) = [][][][][][] €

2 PASS 2,5 PASS 3 PASS Plafond Annuel de la Sécurité sociale - Voir valeur au verso

GARANTIES DEMANDÉES

GARANTIE DÉCÈS TOUTES CAUSES ET PTIA (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie) - GARANTIE OBLIGATOIREMENT SOUSCRITE [][][][][] %

RENTE VIAGÈRE DE CONJOINT SURVIVANT [][][][][] %

RENTE TEMPORAIRE DE CONJOINT SURVIVANT (ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie « Rente viagère de conjoint survivant ») [][][][][] %

RENTE D'ÉDUCATION [][][][][] %

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES - INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ne peut être souscrit qu'en complément de la garantie « Invalidité Permanente ») [][][][][] %

INVALIDITÉ PERMANENTE (ne peut être souscrit qu'en complément de la garantie « Incapacité Temporaire Totale ») [][][][][] %

VOTRE COTISATION ANNUELLE

VOIR FICHE TARIF - EN % DE LA BASE DES GARANTIES

SOIT UN TOTAL EN % DE LA BASE DES GARANTIES [][][][][] %

BASE DE GARANTIE (calculée ci-dessus) X [][][][][][] €

SOIT UN TOTAL EN EUROS [][][][][][][] €

SI SOUSCRIPTION SIMULTANÉE DU CONTRAT MORNAY TNS SANTÉ, RÉDUCTION DE - 15 % - [][][][][][][] €

COTISATION ANNUELLE À L'APGME (sauf si vous êtes déjà adhérent) [][][][][][][] €

SOIT, LA 1^{RE} ANNÉE, UN TOTAL DE [][][][][][][] €

DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES

SANS INDICATION PARTICULIÈRE DE VOTRE PART, LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S) DU CONTRAT SERA(ONT) VOTRE CONJOINT, À DÉFAUT VOS ENFANTS VIVANTS OU REPRÉSENTÉS PAR PARTS ÉGALES ENTRE EUX, À DÉFAUT VOS HÉRITIERS. SI VOUS SOUHAITEZ DÉSIGNER D'AUTRE(S) BÉNÉFICIAIRE(S), JOINDRE LE DOCUMENT « BULLETIN DE DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES ». IL EST POSSIBLE DE MODIFIER ULTÉRIEUREMENT LES BÉNÉFICIAIRES, NOTAMMENT EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION DE FAMILLE.

- Je demande à adhérer à l'APGME, et simultanément au contrat collectif à adhésion facultative MORNAY TNS PRÉVOYANCE souscrit par l'APGME auprès de Mornay Mutuelle. Je donne mandat à l'APGME ayant son siège social 5 à 9 rue Van Gogh - 75591 Paris Cedex 12, pour choisir les organismes qu'elle aura sélectionnés et me représenter auprès de ceux-ci.
- Je déclare avoir reçu et pris connaissance des conditions générales valant notice d'information du contrat MORNAY TNS PRÉVOYANCE.
- Par la signature de la présente demande, j'autorise expressément Mornay Mutuelle et l'APGME à conserver par informatique les données me concernant et à les transmettre à ses mandataires si la gestion du contrat l'exige. Conformément à la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978, j'ai noté que je dispose d'un droit d'accès et de rectification de ces données figurant sur les fichiers de l'Assureur en m'adressant par écrit au siège social de Mornay Mutuelle ou au siège social de l'APGME.
- Pour pouvoir bénéficier de la fiscalité "Loi madelin" (article 154 bis du CGI), je joins obligatoirement l'attestation délivrée par ma caisse d'assurance maladie et vieillesse et certifie que je suis à jour de mes cotisations au titre des régimes obligatoires.

FAIT À _____

LE _____

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT,
PRÉCÉDÉE DE LA MENTION "LU ET APPROUVÉ"



VOTRE CENTRE DE GESTION - MORNAY MUTUELLE - BP 419 - 07504 GUILHERAND GRANGES CEDEX
TÉLÉPHONE : 04 75 80 20 80 - TÉLÉCOPIÉ : 04 75 80 20 70 • mornaymutuelle@groupemornay.asso.fr

CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE SOUSCRIT PAR L'APGME, ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE DU GROUPE MORNAY EUROPE, RÉGIE PAR LA LOI DU 1^{ER} JUILLET 1901, SIÈGE SOCIAL : 5 À 9 RUE VAN GOGH - 75591 PARIS CEDEX 12, AUPRÈS DE MORNAY MUTUELLE, MUTUELLE SOUMISE AUX DISPOSITIONS DU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ, INSCRITE AU REGISTRE NATIONAL DES MUTUELLES SOUS LE N°344 033 360 - SIÈGE SOCIAL : BP 419 - 07504 GUILHERAND GRANGES CEDEX

TABLEAU DES GARANTIES AU 1^{ER} JANVIER 2008

SUR LA BASE DU PASS (plafond annuel de la Sécurité sociale) EN VIGUEUR AU 1^{ER} JANVIER 2008

	BASE DES GARANTIES						
	% DE LA BASE DES GARANTIES ¹	0,5 PASS	1 PASS	1,5 PASS	2 PASS	2,5 PASS	3 PASS
Capital en cas de décès ou de perte d'autonomie de l'adhérent selon sa situation familiale ²⁻³							
• Célibataire, veuf, divorcé, séparé, sans enfant à charge	150 %	24 957 €	49 914 €	74 871 €	99 828 €	124 785 €	149 742 €
• Marié, concubin, pacsé, sans enfant à charge	200 %	33 276 €	66 552 €	99 828 €	133 104 €	166 380 €	199 656 €
• Avec un enfant à charge	250 %	41 595 €	83 190 €	124 785 €	166 380 €	207 975 €	249 570 €
• Majoration par enfant à charge supplémentaire	50 %	8 319 €	16 638 €	24 957 €	33 276 €	41 595 €	49 914 €
Rente viagère annuelle de conjoint en cas de décès de l'adhérent	10 %	1 664 €	3 328 €	4 991 €	6 655 €	8 319 €	9 983 €
Rente temporaire annuelle de conjoint en cas de décès de l'adhérent	10 %	1 664 €	3 328 €	4 991 €	6 655 €	8 319 €	9 983 €
Rente d'éducation annuelle (par enfant) en cas de décès de l'adhérent	12 %	1 997 €	3 993 €	5 990 €	7 986 €	9 983 €	11 979 €
Indemnités journalières en cas d'arrêt de travail (ITT) ⁴	75 % / 365	34 €	68 €	103 €	137 €	171 €	205 €
Rente annuelle en cas d'invalidité permanente							
• Taux d'invalidité ≥ 33 % et < 66 %	75 %	12 479 €	24 957 €	37 436 €	49 914 €	62 393 €	74 871 €
• Taux d'invalidité ≥ 66 %	100 %	16 638 €	33 276 €	49 914 €	66 552 €	83 190 €	99 828 €

Les montants arrondis en euros sont calculés avec le PASS en vigueur au 1^{er} janvier 2008, soit 33 276 euros.

Vous pouvez consulter les valeurs du PASS sur le site Internet du Groupe Mornay, dans l'espace TNS, en cliquant sur les chiffres-clés : www.groupemornay.com

1. La base des garanties est un montant forfaitaire calculé en fonction du Plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) en vigueur.

Base des garanties = fraction du PASS x valeur du PASS en euros.

2. Si le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de l'adhérent résulte d'un accident, et qu'il survient dans un délai d'un an à compter du jour de l'accident, le capital dû au titre du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie est doublé.

3. En cas de décès ou de PTIA du conjoint de l'adhérent après le décès ou la PTIA de l'adhérent, un capital supplémentaire est versé aux enfants à charge. Son montant est de 100 % du capital prévu en cas de décès non accidentel.

4. L'indemnité journalière est payable à l'expiration d'un délai de franchise de :

- 90 jours d'arrêt de travail continu, en cas de maladie mentale ou affection psychique ;
- 30 jours d'arrêt de travail continu, en cas de maladie (hors maladie mentale ou affection psychique) ;
- 3 jours en cas d'accident ou d'hospitalisation supérieure à 24 heures.

MERCI DE REMPLIR CE DOCUMENT INTÉGRALEMENT (DEMANDE ET AUTORISATION)
 ET DE LE RENVoyer À **MORNAY MUTUELLE**
 EN Y JOIGNANT **OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB), POSTAL (RIP)**
OU DE CAISSE D'ÉPARGNE (RICE).

J'autorise le créancier désigné ci-dessous à faire prélever, en sa faveur, auprès de l'Établissement teneur de mon compte, les sommes dont je lui serai redevable au titre des cotisations.
 La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part, à vous notifier en temps utile.

DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

407066

NOM - PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR

.....

DÉSIGNATION DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

.....

COMPTE À DÉBITER

Établissement	Codes	Guichet	N° du compte	Clé RIB
.....

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

MORNAY MUTUELLE
 BP 419
 07504 GUILHERAND GRANGES CEDEX

Date :

Signature :

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 01-04-1980 de la Commission Informatique et Libertés.



MORNAY MUTUELLE

MUTUELLE SOUMISE AUX DISPOSITIONS DU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ, INSCRITE AU REGISTRE NATIONAL DES MUTUELLES SOUS LE N° 344 033 360
 BP 419 - 07504 GUILHERAND GRANGES CEDEX
 N° PRÉFECTORAL 26M004718 - SIRET N° 344 033 360 00027 - CODE APE 660 G

CRÉATION AGME - 1-TNS.006/08

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

J'autorise l'Établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, les prélèvements correspondants à ma cotisation Mutuelle. En cas de litige sur ces prélèvements, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

407066

NOM - PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR

.....

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

MORNAY MUTUELLE
 BP 419
 07504 GUILHERAND GRANGES CEDEX

COMPTE À DÉBITER

Établissement	Codes	Guichet	N° du compte	Clé RIB
.....

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

.....

Date :

Signature
 du titulaire du compte à débiter

Prrière de renvoyer les deux parties de cet imprimé au créancier, sans les séparer, en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de caisse d'épargne (RICE).

CRÉATION AGME - 2-TNS.006/08

DESTINATAIRE

(inscrivez ici les coordonnées de votre mutuelle ou compagnie d'assurance)

NOM

ADRESSE

CP VILLE

RÉSILIATION

Je soussigné(e)

NOM

Prénom

N° de contrat

Vous prie de prendre note que je résilie le contrat référencé ci-dessus à sa prochaine échéance prévue à la date du |__|__|__|__|__|__|

Je vous remercie de m'adresser en retour mon certificat de radiation et de mettre fin, le cas échéant, au protocole de télétransmission, à la date de résiliation.

Fait à

le |__|__|__|__|__|__|

Signature :