

Exemplaire 1 à envoyer

Vous (informations personnelles)

M. Mme
 Nom :
 Prénom :
 Situation familiale actuelle : Célibataire Marié(e) Pacs/concubinage
 Séparé(e)/divorcé(e) Veuf(ve)

Nom du cabinet :

 Nom du conseiller :

 Code courtage * :
 N°ORIAS * :

Coordonnées (personnelles)

Adresse :

 CP : [][][][][] Ville :
 Téléphone mobile : [][][][][][][][][][][]
 Téléphone fixe : [][][][][][][][][][][]
 E-mail :
Cet e-mail est utilisé pour l'envoi de vos relevés de prestations

Profession : Expert-Comptable Avocat Praticien et auxiliaire médical Autre :
Vous devez obligatoirement exercer une activité non salariée, non agricole
 Catégorie professionnelle: Artisan Commerçant Profession libérale Autre :
 Raison sociale de l'entreprise : Date de création de l'entreprise : [][][][][][][]
 Nom commercial :
 N° SIRET : [][][][][][][][][][][][][][][][][] Code NAF : [][][][][]

Personnes à inscrire

	NOM DE NAISSANCE - NOM MARITAL - PRENOM	Date et lieu de naissance (ville / n°département / pays)	N° de Sécurité sociale – Régime Joindre obligatoirement les copies des attestations d'assurance obligatoire de toutes les personnes.	Sexe
Vous	[][][][][][]	N°: [][][][][][][][][][][][][][][][][] Régime : <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> PAMC (praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Conjoint	[][][][][][]	N°: [][][][][][][][][][][][][][][][][] Régime : <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> PAMC <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Autre : Conjoint collaborateur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Inscrivez le n° de Sécurité sociale de rattachement de vos enfants. Si vous demandez l'inscription de + de 3 enfants, veuillez compléter la liste sur papier libre.				
1 ^{er} enfant	[][][][][][]	N°: [][][][][][][][][][][][][][][][][] Régime : <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> PAMC <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
2 ^e enfant	[][][][][][]	N°: [][][][][][][][][][][][][][][][][] Régime : <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> PAMC <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
3 ^e enfant	[][][][][][]	N°: [][][][][][][][][][][][][][][][][] Régime : <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> PAMC <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Choix de la garantie

- Je demande l'adhésion des personnes inscrites en page 1, à la date d'effet souhaitée suivante : 01 / [] / 20 []
et aux garanties suivantes : MGC TNS MGC TNS EQUILIBRE MGC TNS EXPERTS-COMPTABLES / AVOCATS

- Je choisis : **Hospi** **Éco** **Niveau 1** **Niveau 2** **Niveau 3** **Niveau 4** **Niveau 5**

(non éligible aux avantages Madelin)

Adhésion loi Madelin

Je demande mon adhésion à l'Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance (ANIP) créée à l'effet de me permettre de bénéficier des avantages fiscaux de la loi Madelin. Les statuts de l'association peuvent être communiqués par la MGC sur demande écrite de l'Adhérent.

Je déclare exercer une activité de travailleur non salarié (TNS) et être à jour du paiement de mes cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants dont je relève (L. 652-4 du Code de la Sécurité sociale). La mutuelle MGC est susceptible de demander chaque année la pièce justificative du paiement de ces cotisations.

Je joins obligatoirement une copie de mes attestations de paiement des cotisations d'assurance maladie et vieillesse afin de bénéficier de la déduction fiscale prévue par la loi Madelin.

Je reconnais avoir été informé(e) que :

- la formule Hospi n'ouvre pas droit à la déduction fiscale Madelin,
- la cotisation de mes ayants droit n'est déductible que si ces derniers sont rattachés à mon régime social, c'est-à-dire s'ils figurent sur ma carte d'assuré social.

Règlement des cotisations

Par prélèvement SEPA mensuel sur mon compte personnel ou professionnel.

Je prends note que la MGC me notifiera la date du 1^{er} prélèvement SEPA récurrent dans un délai compris entre 6 et 14 jours calendaires avant son échéance.

Virement des prestations santé

Je souhaite que mes remboursements soient virés : sur le même compte que celui indiqué pour le prélèvement de mes cotisations
(virement sur le compte professionnel non autorisé) sur un compte différent du compte utilisé pour le prélèvement des cotisations

Engagements de l'adhérent

- J'atteste avoir pris connaissance des statuts de la mutuelle MGC ainsi que des notices d'information « santé » et « assistance » jointes à ma proposition commerciale (envoi sur demande ou téléchargeables sur www.mutuelleMGC.fr).
- Je reconnais avoir été informé(e) du délai d'attente (ou délai de stage) applicable à compter de la date d'adhésion du bénéficiaire et d'une durée :
 - d'1 mois au titre de la chambre particulière en établissement de santé (les établissements médico-sociaux et les longs séjours n'étant pas pris en charge) ;
 - de 9 mois au titre de l'allocation « naissance/adoption ».Ce délai d'attente (ou de stage) peut être supprimé si je produis le certificat de radiation de mon ancienne mutuelle et que mon adhésion à la MGC a pris effet à la date de radiation de mon ancienne mutuelle.
- J'autorise la Mutuelle MGC à procéder aux échanges informatiques avec les caisses d'assurance maladie obligatoire permettant les télétransmissions des décomptes de remboursement des frais de soins de santé me concernant (ainsi que les bénéficiaires désignés en page 1).
- J'ai pris note que, conformément à l'article 15 de la notice complémentaire santé, mes relevés de prestations me sont adressés par e-mail. Je renseigne mon adresse e-mail dans la zone prévue en page 1. La gestion de mes relevés est simple, rapide, économique et écologique. Toute demande contraire doit être exprimée sur papier libre et jointe au présent bulletin d'adhésion.
- Je reconnais avoir pris connaissance des conseils de la MGC au regard de mes besoins de protection et de ma situation personnelle/familiale connus à ce jour et choisis en toute connaissance de cause la garantie cochée ci-dessus.

Signature de l'adhérent :

Fait à :, le [] / [] / 20 []

Vous (informations personnelles)

 M. Mme

Nom :

Prénom :

 Situation familiale actuelle : Célibataire Marié(e) Pacs/concubinage
 Séparé(e)/divorcé(e) Veuf(ve)

Nom du cabinet :

Nom du conseiller :

Code courtage * :

N°ORIAS * :

Coordonnées (personnelles)

 Adresse :

CP : [] [] [] [] Ville :

Téléphone mobile : [] [] [] [] [] [] [] []

Téléphone fixe : [] [] [] [] [] [] [] []

E-mail :

Cet e-mail est utilisé pour l'envoi de vos relevés de prestations
Profession : Expert-Comptable Avocat Praticien et auxiliaire médical Autre :

Vous devez obligatoirement exercer une activité non salariée, non agricole

 Catégorie professionnelle: Artisan Commerçant Profession libérale Autre :

Raison sociale de l'entreprise : Date de création de l'entreprise : [] [] [] [] [] [] [] []

Nom commercial :

N° SIRET : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Code NAF : [] [] [] [] [] []

Personnes à inscrire

	NOM DE NAISSANCE - NOM MARITAL - PRENOM	Date et lieu de naissance (ville / n°département / pays)	N° de Sécurité sociale – Régime <i>Joindre obligatoirement les copies des attestations d'assurance obligatoire de toutes les personnes.</i>	Sexe
Vous	[] [] [] [] [] [] [] []	N°: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Régime : <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> PAMC (praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Conjoint	[] [] [] [] [] [] [] []	N°: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Régime : <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> PAMC <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Autre : Conjoint collaborateur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<i>Inscrivez le n° de Sécurité sociale de rattachement de vos enfants. Si vous demandez l'inscription de + de 3 enfants, veuillez compléter la liste sur papier libre.</i>				
1 ^{er} enfant	[] [] [] [] [] [] [] []	N°: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Régime : <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> PAMC <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
2 ^e enfant	[] [] [] [] [] [] [] []	N°: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Régime : <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> PAMC <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
3 ^e enfant	[] [] [] [] [] [] [] []	N°: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Régime : <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> PAMC <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Choix de la garantie

- Je demande l'adhésion des personnes inscrites en page 1, à la date d'effet souhaitée suivante : 01 / / 20
et aux garanties suivantes : MGC TNS MGC TNS EQUILIBRE MGC TNS EXPERTS-COMPTABLES / AVOCATS

- Je choisis : **Hospi** **Éco** **Niveau 1** **Niveau 2** **Niveau 3** **Niveau 4** **Niveau 5**
(non éligible aux avantages Madelin)

Adhésion loi Madelin

Je demande mon adhésion à l'Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance (ANIP) créée à l'effet de me permettre de bénéficier des avantages fiscaux de la loi Madelin. Les statuts de l'association peuvent être communiqués par la MGC sur demande écrite de l'Adhérent.

Je déclare exercer une activité de travailleur non salarié (TNS) et être à jour du paiement de mes cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants dont je relève (L. 652-4 du Code de la Sécurité sociale). La mutuelle MGC est susceptible de demander chaque année la pièce justificative du paiement de ces cotisations.

Je joins obligatoirement une copie de mes attestations de paiement des cotisations d'assurance maladie et vieillesse afin de bénéficier de la déduction fiscale prévue par la loi Madelin.

Je reconnais avoir été informé(e) que :

- la formule Hospi n'ouvre pas droit à la déduction fiscale Madelin,
- la cotisation de mes ayants droit n'est déductible que si ces derniers sont rattachés à mon régime social, c'est-à-dire s'ils figurent sur ma carte d'assuré social.

Règlement des cotisations

Par prélèvement SEPA mensuel sur mon compte personnel ou professionnel.

Je prends note que la MGC me notifiera la date du 1^{er} prélèvement SEPA récurrent dans un délai compris entre 6 et 14 jours calendaires avant son échéance.

Virement des prestations santé

Je souhaite que mes remboursements soient virés : sur le même compte que celui indiqué pour le prélèvement de mes cotisations
(virement sur le compte professionnel non autorisé) sur un compte différent du compte utilisé pour le prélèvement des cotisations

Engagements de l'adhérent

- J'atteste avoir pris connaissance des statuts de la mutuelle MGC ainsi que des notices d'information « santé » et « assistance » jointes à ma proposition commerciale (envoi sur demande ou téléchargeables sur www.mutuelleMGC.fr).
- Je reconnais avoir été informé(e) du délai d'attente (ou délai de stage) applicable à compter de la date d'adhésion du bénéficiaire et d'une durée :
 - d'1 mois au titre de la chambre particulière en établissement de santé (les établissements médico-sociaux et les longs séjours n'étant pas pris en charge) ;
 - de 9 mois au titre de l'allocation « naissance/adoption ».Ce délai d'attente (ou de stage) peut être supprimé si je produis le certificat de radiation de mon ancienne mutuelle et que mon adhésion à la MGC a pris effet à la date de radiation de mon ancienne mutuelle.
- J'autorise la Mutuelle MGC à procéder aux échanges informatiques avec les caisses d'assurance maladie obligatoire permettant les télétransmissions des décomptes de remboursement des frais de soins de santé me concernant (ainsi que les bénéficiaires désignés en page 1).
- J'ai pris note que, conformément à l'article 15 de la notice complémentaire santé, mes relevés de prestations me sont adressés par e-mail. Je renseigne mon adresse e-mail dans la zone prévue en page 1. La gestion de mes relevés est simple, rapide, économique et écologique. Toute demande contraire doit être exprimée sur papier libre et jointe au présent bulletin d'adhésion.
- Je reconnais avoir pris connaissance des conseils de la MGC au regard de mes besoins de protection et de ma situation personnelle/familiale connus à ce jour et choisis en toute connaissance de cause la garantie cochée ci-dessus.

Signature de l'adhérent :

Fait à :, le / / 20

Exemplaire 3 à conserver

Vous (informations personnelles)

M. Mme

Nom :

Prénom :

Situation familiale actuelle : Célibataire Marié(e) Pacs/concubinage

Séparé(e)/divorcé(e) Veuf(ve)

Nom du cabinet :

.....

Nom du conseiller :

Code courtage * :

N°ORIAS * :

Coordonnées (personnelles)

Adresse :

CP : [][] [][][][] Ville :

Téléphone mobile : [][][][][][][][][][][][][]

Téléphone fixe : [][][][][][][][][][][][][]

E-mail :

Cet e-mail est utilisé pour l'envoi de vos relevés de prestations

Profession : Expert-Comptable Avocat Praticien et auxiliaire médical Autre :

Vous devez obligatoirement exercer une activité non salariée, non agricole

Catégorie professionnelle: Artisan Commerçant Profession libérale Autre :

Raison sociale de l'entreprise : Date de création de l'entreprise : [][][] [][][][][]

Nom commercial :

N° SIRET : [][][][][][][][][][][][][][][][] Code NAF : [][][][]

Personnes à inscrire

	NOM DE NAISSANCE - NOM MARITAL - PRENOM	Date et lieu de naissance (ville / n°département / pays)	N° de Sécurité sociale – Régime <i>Joindre obligatoirement les copies des attestations d'assurance obligatoire de toutes les personnes.</i>	Sexe
Vous	[][][][][][][][][][]	N°: [][][][][][][][][][][][][][][] Régime : <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> PAMC (praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Conjoint	[][][][][][][][][][]	N°: [][][][][][][][][][][][][][][] Régime : <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> PAMC <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Autre : Conjoint collaborateur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Inscrivez le n° de Sécurité sociale de rattachement de vos enfants. Si vous demandez l'inscription de + de 3 enfants, veuillez compléter la liste sur papier libre.				
1 ^{er} enfant	[][][][][][][][][][]	N°: [][][][][][][][][][][][][][][] Régime : <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> PAMC <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
2 ^e enfant	[][][][][][][][][][]	N°: [][][][][][][][][][][][][][][] Régime : <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> PAMC <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
3 ^e enfant	[][][][][][][][][][]	N°: [][][][][][][][][][][][][][][] Régime : <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> PAMC <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Choix de la garantie

- Je demande l'adhésion des personnes inscrites en page 1, à la date d'effet souhaitée suivante : 01 / / 20
et aux garanties suivantes : MGC TNS MGC TNS EQUILIBRE MGC TNS EXPERTS-COMPTABLES / AVOCATS
- Je choisis : **Hospi** **Éco** **Niveau 1** **Niveau 2** **Niveau 3** **Niveau 4** **Niveau 5**
(non éligible aux avantages Madelin)

Adhésion loi Madelin

Je demande mon adhésion à l'Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance (ANIP) créée à l'effet de me permettre de bénéficier des avantages fiscaux de la loi Madelin. Les statuts de l'association peuvent être communiqués par la MGC sur demande écrite de l'Adhérent.

Je déclare exercer une activité de travailleur non salarié (TNS) et être à jour du paiement de mes cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants dont je relève (L. 652-4 du Code de la Sécurité sociale). La mutuelle MGC est susceptible de demander chaque année la pièce justificative du paiement de ces cotisations.

Je joins obligatoirement une copie de mes attestations de paiement des cotisations d'assurance maladie et vieillesse afin de bénéficier de la déduction fiscale prévue par la loi Madelin.

Je reconnais avoir été informé(e) que :

- la formule Hospi n'ouvre pas droit à la déduction fiscale Madelin,
- la cotisation de mes ayants droit n'est déductible que si ces derniers sont rattachés à mon régime social, c'est-à-dire s'ils figurent sur ma carte d'assuré social.

Règlement des cotisations

Par prélèvement SEPA mensuel sur mon compte personnel ou professionnel.

Je prends note que la MGC me notifiera la date du 1^{er} prélèvement SEPA récurrent dans un délai compris entre 6 et 14 jours calendaires avant son échéance.

Virement des prestations santé

Je souhaite que mes remboursements soient virés : sur le même compte que celui indiqué pour le prélèvement de mes cotisations
(virement sur le compte professionnel non autorisé) sur un compte différent du compte utilisé pour le prélèvement des cotisations

Engagements de l'adhérent

- J'atteste avoir pris connaissance des statuts de la mutuelle MGC ainsi que des notices d'information « santé » et « assistance » jointes à ma proposition commerciale (envoi sur demande ou téléchargeables sur www.mutuelleMGC.fr).
- Je reconnais avoir été informé(e) du délai d'attente (ou délai de stage) applicable à compter de la date d'adhésion du bénéficiaire et d'une durée :
 - d'1 mois au titre de la chambre particulière en établissement de santé (les établissements médico-sociaux et les longs séjours n'étant pas pris en charge) ;
 - de 9 mois au titre de l'allocation « naissance/adoption ».Ce délai d'attente (ou de stage) peut être supprimé si je produis le certificat de radiation de mon ancienne mutuelle et que mon adhésion à la MGC a pris effet à la date de radiation de mon ancienne mutuelle.
- J'autorise la Mutuelle MGC à procéder aux échanges informatiques avec les caisses d'assurance maladie obligatoire permettant les télétransmissions des décomptes de remboursement des frais de soins de santé me concernant (ainsi que les bénéficiaires désignés en page 1).
- J'ai pris note que, conformément à l'article 15 de la notice complémentaire santé, mes relevés de prestations me sont adressés par e-mail. Je renseigne mon adresse e-mail dans la zone prévue en page 1. La gestion de mes relevés est simple, rapide, économique et écologique. Toute demande contraire doit être exprimée sur papier libre et jointe au présent bulletin d'adhésion.
- Je reconnais avoir pris connaissance des conseils de la MGC au regard de mes besoins de protection et de ma situation personnelle/familiale connus à ce jour et choisis en toute connaissance de cause la garantie cochée ci-dessus.

Signature de l'adhérent :

Fait à :, le / / 20