

JE RENFORCE MA COUVERTURE EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

BULLETIN DE SOUSCRIPTION GARANTIE MAINTIEN DE RÉMUNÉRATION +

MEMBRES PARTICIPANTS DU GROUPE I

(à remettre à votre section locale ou à envoyer à l'adresse ci-dessous)

N° de SECTION :

1 MES COORDONNÉES

Nom Prénom

Adresse

Adresse électronique perso Adresse électronique professionnelle

Tél. personnel Tél. professionnel Tél. mobile

Profession exercée depuis le

Si les informations ci-dessus sont incorrectes ou manquantes, merci de les rectifier ci-dessous en écrivant en majuscules

Nom Prénom

Adresse

Adresse électronique perso Adresse électronique professionnelle

Tél. personnel Tél. professionnel Tél. mobile

Profession exercée depuis le

2 MA GARANTIE

Pour renforcer ma protection en cas d'arrêt de travail, j'ai le choix de souscrire à une des surcomplémentaires ci-dessous. Celle-ci me garantit une indemnisation sur mes pertes sur rémunérations annexes).

Je souscris à la surcomplémentaire Perte sur rémunérations annexes (Maintien de Rémunération +) suivante (case correspondant à l'option choisie) :

Montant de la prestation*	<input type="checkbox"/> 5 €/jour	<input type="checkbox"/> 10 €/jour	<input type="checkbox"/> 15 €/jour	<input type="checkbox"/> 20 €/jour	<input type="checkbox"/> 30 €/jour	<input type="checkbox"/> 40 €/jour	<input type="checkbox"/> 60 €/jour	<input type="checkbox"/> 80 €/jour	<input type="checkbox"/> 100 €/jour	<input type="checkbox"/> 150 €/jour
Cotisation mensuelle*	<input type="checkbox"/> 2 €	<input type="checkbox"/> 5 €	<input type="checkbox"/> 7 €	<input type="checkbox"/> 10 €	<input type="checkbox"/> 15 €	<input type="checkbox"/> 20 €	<input type="checkbox"/> 30 €	<input type="checkbox"/> 40 €	<input type="checkbox"/> 60 €	<input type="checkbox"/> 90 €

* Montants au 1^{er} janvier 2008

Rappel : Le montant de la prestation versée par la MGET ne peut excéder le montant de la perte réellement subie tel que défini par le règlement des garanties, après déduction des diverses retenues et/ou compensations perçues par l'adhérent.

La souscription d'une surcomplémentaire et le changement pour une surcomplémentaire supérieure ne peuvent s'effectuer en période d'arrêt de travail.

Je suis en arrêt de travail : oui non

Si oui, depuis le : (dans ce cas, vous ne pouvez pas souscrire avant une reprise d'activité, dès lors un nouveau bulletin devra nous être retourné).

3 DÉCLARATION DU MEMBRE PARTICIPANT

Je certifie avoir pris connaissance des dispositions du règlement des garanties relatives à la surcomplémentaire PERTE SUR RÉMUNÉRATIONS ANNEXES. Je déclare avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère.

Je déclare sur l'honneur ne pas être en arrêt de travail.

Je reconnais avoir été averti(e) que toute fausse déclaration intentionnelle, toute réticence de nature à changer l'objet du risque ou à en diminuer l'opinion pour la mutuelle, entraînerait la nullité de la garantie conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité.

Fait le à

Signature de l'adhérent

Signature de la section administrative



Mutuelle générale de l'équipement et des territoires
76/78, avenue de Fontainebleau
94274 Le Kremlin-Bicêtre Cedex
Tél : 0 810 716 176 (prix appel local)
Fax : 01 58 46 88 80
www.mget.fr

mutuelle relevant du livre II
du Code de la mutualité

inscrite au registre national
des mutuelles
sous le n° 775 671 910

