

QUI PEUT SOUSCRIRE ?

Hommes et femmes, sans limite d'âge, de carrière ou sous contrat, de réserve ou en retraite, appartenant ou ayant appartenu aux organismes concourant à la défense et à la sécurité.

Limitation de l'offre à la formule 3 pour toute personne adhérant après 65 ans.

RISQUES COUVERTS

Ce contrat garantit les conséquences de dommages corporels résultant d'un **accident** :

- ◆ **L'incapacité temporaire totale :** période d'incapacité physiologique totale médicalement reconnue, jusqu'à 365 jours.
- ◆ **L'incapacité permanente :** constatation d'une diminution définitive partielle ou totale de la capacité fonctionnelle évaluée après consolidation,
- ◆ **le décès.**

Ceci :

- ◆ **en toutes circonstances,**
- ◆ **dans le monde entier,**
- ◆ **en service et hors service,**
- ◆ **quel que soit le moyen de locomotion,**
- ◆ **quel que soit le sport pratiqué.**

RISQUES EXCLUS

- ◆ Les conséquences des maladies,
- ◆ Les risques des sportifs professionnels.



Mutuelle d'Assurance des Armées

27, rue de Madrid - 75008 PARIS
Téléphone : 01 44 70 73 30
Télécopie : 01 42 93 70 81
www.maa-assurance.fr



CAS CONCRETS :

Monsieur H., fonctionnaire de la Police Motorisée a souscrit un contrat Vie Entière formule F2. Circulant sur la voie publique, il évite un objet, perd le contrôle de sa moto, dérape et tombe. Il subit un traumatisme du genou et de la cheville gauche. Il est placé en incapacité temporaire totale de 2 mois. Les séquelles de l'accident ont entraîné une incapacité permanente partielle de 15 %. Il a perçu 3 120 €.

Monsieur G., retraité, trébuche lors d'une promenade sur une borne en pierre. Sa chute provoque une fracture au niveau de l'épaule. Protégé par un contrat Vie Entière en formule F6, il a perçu une indemnité de 1 008 € correspondant à 42 jours d'incapacité temporaire totale.

Monsieur F., lors d'activité de bricolage s'est brûlé gravement la cornée de l'œil. Cet accident a entraîné une incapacité temporaire totale de 210 jours. La mise en jeu de son contrat F4 lui a permis d'obtenir le versement d'une indemnité de 3 360 €.

Madame B., a glissé dans sa baignoire. Sa chute a entraîné une lésion du ménisque interne et du ligament croisé antérieur du genou droit. Possédant un contrat Vie Entière, formule F1, les 70 jours d'ITT lui ont été indemnisés. Elle a reçu 280 €.

**VALABLE POUR TOUS LES RISQUES
EN TOUS LIEUX
TOUS TEMPS
ET TOUTES CIRCONSTANCES**

**PROPOSITION D'ADHÉSION
À ADRESSER À VOTRE CONSEILLER :**



Ensemble
pour la **défense**
de votre **sécurité.**

www.gmpa.fr

DOCUMENT NON CONTRACTUEL

Le contenu détaillé des garanties est précisé dans la note technique adressée à l'adhérent dès réception de la proposition d'adhésion.

TSA 64012 - 92087 LA DÉFENSE cedex
Télécopie : 01 58 85 03 00 - Site : www.gmpa.fr



UNE PROTECTION
POUR LA VIE

DECLARATION D'ETAT DE SANTE

NOM

Prénom

Date de naissance

Sexe : Masculin Féminin

Profession

- Je soussigné(e) déclare sur l'honneur :
- ne pas avoir été victime d'une maladie ou d'un accident ayant entraîné des séquelles, une infirmité ou une invalidité.
 - n'avoir eu :
 - ni examen spécialisé mettant en évidence une anomalie (analyse de sang, électrocardiogramme, radiographie, endoscopie, échographie, scanner, IRM ou autre),
 - ni intervention(s) chirurgicale(s) (sauf pour ablation des amygdales ou végétations, ou appendicectomie, ou extractions dentaires) ;
 - ne pas avoir présenté, au cours des dix dernières années, une des affections suivantes : maladie neurologique, psychiatrique, (y compris dépression), cancer ou maladie du sang, pathologie ostéo-articulaire (lombalgie et sciatique) ;
 - ne pas avoir, au cours des 5 dernières années, suivi un traitement de plus de 3 semaines consécutives (sauf pour affections saisonnières ou contraception) ;
 - ne pas avoir interrompu, au cours des 5 dernières années, plus de 3 semaines le cours de mes activités normales pour raisons de santé ;
 - ne pas devoir subir prochainement un bilan ou une hospitalisation ;
 - ne pas être en arrêt de travail ;
 - être apte « personnel navigant » sans dérogation (si adhésion ou modification de la garantie Radiation du personnel navigant).

Taille en cm	140-145	146-150	151-155	156-160	161-165	166-170
Poids max en kg	62	68	72	77	82	88

Taille en cm	171-175	176-180	181-185	186-190	191-195	196-200
Poids max en kg	93	99	104	110	116	122

Je déclare avoir un poids, par rapport à ma taille, inférieur ou égal à la limite indiquée dans le tableau ci-dessous :

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à la déclaration d'état de santé et n'avoir rien déclaré ou omis qui puisse induire en erreur les assureurs (**la fausse déclaration, réticence ou inexactitude peut entraîner la nullité du contrat** - articles L 113.8 et L 113.9 du code des assurances).

N.B. : Si cette déclaration ne peut être signée, remplir le Questionnaire d'Etat de Santé remis par ailleurs.

Signature de l'adhérent(e) précédée de la mention manuscrite "certifié exact"

Date :

PROPOSITION D'ADHESION

(Réf. PROD)

Je soussigné(e)
 NOM :
 Prénom :
 Nom de jeune fille :
 Né(e) le :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 E-mail :

désire souscrire à l'option "RENFORT ACCIDENT" auprès de la MAA

Je suis en activité à la retraite
 militaire policier pompier
 conjoint autre qualité

• Je demande à être garanti(e) aux conditions de la formule :
 F1 F2 F3 F4 F5
 F6 F7 F8 F9 F10
 (Capital de référence : €)
 à compter du : / / 20.....

Je souhaite souscrire l'option **Garantie Hospitalière**
 * Je serai garanti(e) au plus tôt le lendemain de l'envoi de ce bulletin accompagné de mon paiement.

RÈGLEMENT DES COTISATIONS

Prélèvement automatique
 ou chèque de : euros à l'ordre de la MAA.

Trimestre Semestre Annuel

En cas de décès, l'indemnité doit être versée au(x) bénéficiaire(s) suivant(s)
 Nom, prénom, adresse (si différent de l'assuré(e)) :

 à défaut les ayants-droits

Fait à : Signature
 (précédée de la mention "lu et approuvé")
 Le :

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Prière d'envoyer cet imprimé complété à la MAA en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB)

Référence Unique du Mandat (RUM) Ne rien inscrire dans ce cadre, réservé à la MAA

La Référence Unique du Mandat vous sera communiquée ultérieurement par la MAA et pourra vous être utile en cas de réclamation.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mutuelle d'Assurance des Armées à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle d'Assurance des Armées.

Créancier

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : **FR24MAA299308**
 Nom du créancier : **Mutuelle d'Assurance des Armées (MAA)**
 Adresse : **27 rue de Madrid**
 Code postal et ville : **75008 Paris**
 Pays : **France**

Débitéur

Nom du débiteur :
 Adresse (N° et rue) :
 Code postal et ville :
 Pays :
 N° de compte IBAN :
 Code BIC :
 Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

POUR UN PRÉLÈVEMENT RÉCURRENT

Date :

Lieu :

Signature :

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.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.