



Contrat "protection vie entière" de la Mutuelle d'Assurance des Armées

**REVALORISEZ
VOTRE CONTRAT**

Pour être encore mieux garanti

Votre contrat à la Mutuelle d'Assurance des Armées vous assure des indemnités si vous êtes victime d'un accident.

Pour une protection encore plus efficace, il vous suffit :

- soit de nous adresser une lettre simple en précisant le nouveau capital que vous aurez choisi,
- soit de nous retourner rempli et signé le coupon détachable ci-dessous.

Vous trouverez au verso de ce document le détail des formules proposées.

(La modification pourra prendre effet au plus tôt le lendemain de l'envoi de votre demande).

DEMANDE DE REVALORISATION

Je, soussigné (e) :

titulaire de la police n° :

adresse :

Code postal :

Ville :

Tél. : E-mail :

désire que me soient appliquées à compter du :

les conditions de la formule n°

soit un capital décès de

je souhaite régler mes cotisations en :

- une deux quatre fois.

Mon conjoint désirerait souscrire un contrat

de ce type,
adressez-moi un bulletin d'adhésion.

Fait à :

Signature :

Réf. PROD

DÉCLARATION SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DU SOUSCRIPTEUR

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, au cours des dix dernières années :
 - ni examen spécialisé (analyse de sang, radiographie, endoscopie) mettant en évidence une anomalie,
 - ni intervention(s) chirurgicale(s) (sauf pour ablation des amygdales ou appendicectomie) ;
- 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 ;

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

Taille en cm	140 - 145	146 - 150	151 - 155	156 - 160	161 - 165	166 - 170	171 - 175	176 - 180	181 - 185	186 - 190	191 - 195	196 - 200
Poids max en kg	62	68	72	77	82	88	93	99	104	110	116	122

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).

Fait à :

Le :

Signature :

(précédée de la mention "certifié exact")

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

Conformément à la loi n° 78-17 du 06/01/1978 dite « Informatique et libertés », l'Adhérent dispose d'un droit d'accès et de rectifications pour toute information le concernant et doit s'adresser s'il souhaite exercer ce droit à : M.A.A. 27, rue de Madrid - 75008 PARIS

Contrat “protection vie entière”

Edition 1^{er} trimestre 2013

Formule	Garantie Décès capital référence	Incapacité permanente partielle				Totale	Incapacité temporaire totale	Cotisation	
		T < 10%	10% < T < 50%	50% < T < 80%	80% < T < 100%			annuelle	mensuelle*
1	8.000 €	8.000 €	8.800 €	10.400 €	12.000 €	16.000 €	4 €	49,80 €	4,15 €
2	16.000 €	16.000 €	17.600 €	20.800 €	24.000 €	32.000 €	8 €	99,60 €	8,30 €
3	24.000 €	24.000 €	26.400 €	31.200 €	36.000 €	48.000 €	12 €	149,52 €	12,46 €
4	32.000 €	32.000 €	35.200 €	41.600 €	48.000 €	64.000 €	16 €	199,32 €	16,61 €
5	40.000 €	40.000 €	44.000 €	52.000 €	60.000 €	80.000 €	20 €	249,12 €	20,76 €
6	48.000 €	48.000 €	52.800 €	62.400 €	72.000 €	96.000 €	24 €	298,92 €	24,91 €
7	56.000 €	56.000 €	61.600 €	72.800 €	84.000 €	112.000 €	28 €	348,72 €	29,06 €
8	64.000 €	64.000 €	70.400 €	83.200 €	96.000 €	128.000 €	32 €	398,52 €	33,21 €
9	72.000 €	72.000 €	79.200 €	93.600 €	108.000 €	144.000 €	36 €	448,44 €	37,37 €
10	80.000 €	80.000 €	88.000 €	104.000 €	120.000 €	160.000 €	40 €	498,24 €	41,52 €

L'indemnité est calculée en multipliant le Taux reconnu d'incapacité (T)
par le capital de la tranche dans laquelle il figure

Ce document n'est pas contractuel.

* tarif mensuel uniquement pour information.