

LA GARANTIE QUE VOUS ATTENDIEZ !

Tous les séjours en établissement hospitalier (hôpitaux ou cliniques habilitées) pour maladie sont couverts,

à l'exclusion des maladies ou de leurs suites provoquées :

- par l'usage non médicalement prescrit de stupéfiants,
- par l'usage de drogues, par l'alcoolisme ou l'état alcoolique,
- directement ou indirectement de la désintégration du noyau de l'atome.

Sont également exclus les hospitalisations liées à :

- des mesures de désintoxication en cas de tabagisme, alcoolisme ou toxicomanie,
- des affections psychiatriques ou neuro dépressives ainsi que leurs traitements, suites et conséquences,
- des interventions de chirurgie esthétique,
- des conséquences des affections congénitales,
- des grossesses, accouchements et fausses couches,
- les hospitalisations liées à des maladies sexuellement transmissibles survenues dans les deux ans suivant la souscription sont exclues de la garantie.

Ne sont pas pris en charge les séjours :

- en cures de toute nature ainsi que leurs suites et conséquences,
- en établissements thermaux, d'hydrothérapie ou de thalassothérapie,
- en établissement de repos, de convalescence, en maison de santé ou de rééducation,
- en centres de psychothérapie,
- en maisons de retraite et hospices,
- les séjours nécessaires à l'établissement de certificats ou bilans médicaux, sauf s'ils sont prescrits dans le cadre d'une affection déterminée.

La garantie n'est pas acquise pour les infirmités et affections constatées médicalement avant la souscription du contrat.

Distribué par :



Pour tous renseignements contactez :



Mutuelle d'Assurance des Armées

27, rue de Madrid • 75008 PARIS • Tél. : 01 44 70 73 30 - Fax : 01 42 93 70 81

Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes.
Entreprise régie par le code des assurances. Créée en 1931.
E-mail : direction@maa-assurance.fr - <http://www.maa-assurance.fr>

PROTECTION HOSPITALIÈRE MALADIE

LA GARANTIE QUE VOUS ATTENDIEZ !

Une hospitalisation coûte cher

Même si grâce à vos couvertures sociales, une partie importante des frais qu'entraîne une hospitalisation vous est remboursée, vous n'ignorez pas que vous aurez à supporter dans ces circonstances difficiles un grand nombre de frais qui restent à votre charge.

Pour y faire face, votre contrat « Protection Vie Entière » vous assure d'ores et déjà des indemnités journalières si vous êtes **victime d'un accident.**



PHOTO MARINE NATIONALE

En souscrivant le contrat « Protection hospitalière - maladie »

Vous pouvez dès maintenant et jusqu'au 31 décembre du 75^e anniversaire bénéficier d'une garantie hospitalisation en cas de maladie.

Ce contrat vous procure un forfait journalier qui viendra toujours s'ajouter à ce que vous pouvez percevoir par ailleurs (Sécurité Sociale ou Mutuelles complémentaires) dans ces moments où aucune aide n'est à négliger.

Ne tardez pas à souscrire dès maintenant cette assurance indispensable.

LA GARANTIE HOSPITALIÈRE MALADIE...

■ Qui peut souscrire ?

Tous les sociétaires de la M.A.A. possédant un contrat accidents dont le capital de référence (décès) est supérieur ou égal à 8.000 €.

■ Jusqu'à quel âge ?

Jusqu'au 31 décembre du 65^e anniversaire.

■ Cessation de la garantie :

Au 31 décembre du 75^e anniversaire.

■ Montant de la garantie :

20 € par jour.

■ Durée de la garantie :

365 jours consécutifs ou non pour une même affection.

■ Modalités d'indemnisation :

Les indemnités sont versées à partir du premier jour si la durée de l'hospitalisation est supérieure à trois jours.

Le règlement a lieu après la réception du bulletin de situation de l'hôpital mentionnant les dates d'entrée et de sortie et d'un certificat médical indiquant la cause de l'hospitalisation.

En cas d'hospitalisation de longue durée attestée médicalement, des avances peuvent être consenties.

■ Délais de carence :

La garantie prend effet **six mois** après la souscription de l'option hospitalisation maladie.

Suppression de ce délai de carence maladie pour les adhérents titulaires d'une garantie hospitalière auprès de Groupement Militaire de Prévoyance des Armées, datant de plus de 6 mois.

COTISATION TRIMESTRIELLE

pour **20 €** d'indemnité journalière.

Si vous avez moins de 55 ans **9 €**

Si vous avez plus de 55 ans **17 €**

(Réf. PROD)

PROPOSITION D'ADHÉSION

Je soussigné(e) (nom)

(prénom)

(nom de jeune fille)

né(e) le 19

Adresse

.....

.....

E-mail :

N° de mon contrat accidents corporels

Capital de référence (décès)

désire souscrire l'option

PROTECTION HOSPITALIÈRE MALADIE

à compter du

Je joins à ma proposition d'adhésion un chèque de

souscription d'un montant de €*.

Les cotisations suivantes seront réglées par chèque ou par prélèvement automatique, en même temps et selon les mêmes procédures que mon contrat accidents corporels.

Fait à, le

Signature :

* selon votre âge et le type de fractionnement que vous avez choisi pour votre contrat accidents corporels, le montant du chèque de souscription est le suivant :

Vous réglez votre cotisation accidents			
vous avez	4 fois par an	2 fois par an	1 fois par an
moins de 55 ans	9 €	18 €	36 €
plus de 55 ans	17 €	34 €	68 €

QUESTIONNAIRE SANTÉ

Je soussigné, Nom :

prénom :

Adresse :

déclare répondre sincèrement à ce questionnaire d'état de santé. Si vous répondez "oui" à au moins une des questions, ce questionnaire doit être transmis sous enveloppe "secret médical" à l'adresse suivante :

M.A.A. - Monsieur le Médecin Conseil

27, Rue de Madrid - 75008 PARIS

Merci de répondre **personnellement** à chaque question

NON OUI

Votre état de santé occasionne-t-il actuellement une gêne pour votre activité professionnelle, votre vie courante, vos loisirs			depuis quelle date ? pour quelles raisons ?
Au cours des cinq dernières années, vous-a-t-on prescrit un traitement, un arrêt de travail de plus de trois semaines			à quelle date ? pour quelle raison ?
En ce moment, suivez-vous un traitement médical, un régime alimentaire particulier			pourquoi ?
Un bilan, une hospitalisation est-elle prévue dans les semaines à venir ?			pour quelle raison ?
Avez-vous été exposé durant votre vie à des toxiques, à des maladies transmissibles			lesquelles ? durant quelle période ?
Quelle qu'en soit la date, avez-vous été victime d'une maladie ou d'un accident entraînant des séquelles, une infirmité totale ou partielle ?			nature de l'infirmité ?
Etes-vous titulaire d'une pension, d'une rente ou d'une allocation pour raison médicale ?			taux d'invalidité ? organisme d'attribution ?

Etes-vous : droitier gaucher

Taille : Poids :

Je reconnais être informé que toute fausse déclaration ou réticence entraînerait la nullité ou la résiliation de l'assurance en application des articles L. 113.8 et L. 113.9 du code des assurances.

Date : Signature du souscripteur :
Précédée de la mention "certifié exact"