

QUESTIONNAIRE RELATIF A LA CONNAISSANCE DE L'ADHERENT

PROTECTION SANTE :

Vous souhaitez souscrire à l'une de nos garanties : il est nécessaire d'évaluer vos besoins en protection santé.

Ce questionnaire a pour objet de nous aider à mieux vous connaître afin de vous conseiller au mieux de vos intérêts, dans les conditions de l'article L 522-5 du code des assurances.

- **Informations personnelles**

Nom : Prénom : Date de naissance :

Situation familiale : Nombre d'enfants à charges :

Votre adresse :

- **Quelle est votre activité ?**

- ☐ Vous exercez une activité salariée
- ☐ Vous êtes indépendant
- ☐ Vous êtes auto-entrepreneur
- ☐ Vous êtes inactif(ve) ou retraité(e)

- **Bénéficiez-vous de la CMU-C Contributive ?**

☐ OUI ☐ NON

- **Etes-vous bénéficiaire par ailleurs de garanties remboursant vos frais de santé ?**

☐ OUI ☐ NON

ANALYSE DE MES BESOINS EN PROTECTION SANTE

Votre médecin traitant pratique-t-il des dépassements d'honoraires ?	Jamais
	Souvent
Consultez-vous des médecins spécialistes pratiquant des dépassements d'honoraires ?	Jamais
	Occasionnellement
	Souvent
Comment souhaitez -vous être remboursé pour les dépassements d'honoraires et la chambre particulière en cas d'hospitalisation ?	Je ne souhaite pas de prise en charge
	Je souhaite une prise en charge partielle
	Je souhaite une prise en charge renforcée
En dentaire, quels sont vos besoins ?	Je souhaite un complément TM pour les soins et les prothèses
	Je souhaite un complément TM et une prise en charge partielle pour les prothèses
	Je souhaite une prise en charge renforcée
En optique, quels sont vos besoins ?	Je ne souhaite pas de prise en charge renforcée
	Je souhaite une prise en charge renforcée
En audioprothèse, quels sont vos besoins ?	Je ne souhaite pas de prise en charge renforcée
	Je souhaite une prise en charge renforcée
En médecine douce, quels sont vos besoins ?	Je ne souhaite pas de prise en charge
	Je souhaite bénéficier de prise en charge partielle

Date d'effet souhaitée :/...../.....

GARANTIES MFTGS

la garantie qui répond à vos besoins

Contrat souscrit si **Actif(ve)**

☐ AZUR
 ☐ JADE
 ☐ OCRE
 ☐ OR
 ☐ PLATINE

Contrat souscrit si **Retraité(e)**

☐ R300
 ☐ R320
 ☐ R340
 ☐ R380
 ☐ R400

Informations et supports portés à connaissance lors de souscription :

Communication légale sur les ratios des garanties et la composition des frais de gestion conformément à l'arrêté du 6 mai 2020 pris en application de la Loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 :

Cotisations Hors Taxes	100%
Redistribution Prestations	84.48%
Frais de gestion	10.85%
Résultat	4.67%

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information adhérent, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Supports remis préalablement :

Vous reconnaissez avoir pris connaissance des documents disponibles sur www.mftgs.fr :

- Un exemplaire du présent document,
- Les Statuts et le règlement mutualiste,
- Le document précontractuel standardisé d'informations dit IPID,
- Les tableaux de garanties.

Autres informations :

Nous vous informons qu'aucune rémunération supplémentaire n'est versée aux conseillers en fonction du contrat qui vous a été conseillé de souscrire. Les rémunérations de nos conseillers ont un caractère forfaitaire.

Les informations recueillies aux termes des présentes ont pour seule finalité le devoir de conseil et la mise en œuvre des garanties souscrites.

Leur traitement est conforme aux déclarations à la CNIL et au registre de traitement de la Mutuelle, sous le contrôle du délégué à la protection des données.

Nom **Prénom.....**

Signature de l'adhérent