

Vos avantages sérénité MCA

En choisissant de souscrire la Complémentaire Hospitalière MCA, bénéficiez directement de l'ensemble des avantages ci-dessous :

DE 15 € À 60 € D'INDEMNITÉS PAR JOUR

vous sont automatiquement versés en cas d'hospitalisation supérieure à 1 jour.

UNE COUVERTURE IMMÉDIATE

en cas d'accident et après trois mois en cas de maladie.

UNE SOLIDE GARANTIE FINANCIÈRE

vous permet de vous rétablir en toute sérénité, sans soucis d'argent.

LE CHOIX D'UTILISER VOS INDEMNITÉS

à votre convenance, et d'opter pour quelques jours de repos par exemple.

UN MINIMUM DE FORMALITÉS

et un fonctionnement très simple vous évitent toute surprise.

UNE COTISATION MENSUELLE TRÈS LÉGÈRE

au regard des indemnités proposées.

Avec de tels avantages, je n'hésite pas à adhérer



Adhérer c'est très simple !

COMMENT SOUSCRIRE

- 1 Remplissez et signez** soigneusement la demande d'adhésion de ce dépliant en mentionnant bien le(s) nom(s) et prénom(s) de chaque personne concernée.
- 2 Complétez et signez** l'autorisation de prélèvements automatiques de ce dépliant.
- 3 Joignez un RIB** (Relevé d'Identité Bancaire), indispensable pour le remboursement de vos prestations et le paiement des cotisations, si vous avez opté pour le prélèvement automatique.
- 4 Établissez un chèque** du montant de votre cotisation, y compris le cas échéant le droit d'entrée de 10 €, sauf si vous avez opté pour le prélèvement automatique.
- 5 Détachez la demande d'adhésion** tout en conservant les conditions générales contenues dans le règlement mutualiste.
- 6 Envoyez le tout** à l'agence MCA la plus proche de votre domicile.

CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

A chaque âge son propre calcul : le contrat étant individuel, prenez pour base de calcul l'âge de chaque personne que vous souhaitez faire adhérer.

Limite d'âge : le souscripteur doit impérativement adhérer avant son 70^{ème} anniversaire.

Ouvert aux enfants : le contrat est également ouvert aux enfants de moins de 18 ans.

Paiement des cotisations : les cotisations sont payables d'avance ; par mois, par trimestre, par semestre ou à l'année, selon votre choix.

Revalorisation des cotisations et prestations : les cotisations et les prestations sont annuelles et peuvent être révisées annuellement.

Pour tout renseignement, n'hésitez pas à contacter nos Chargés de Clientèle à votre disposition dans les agences de Colmar, Mulhouse et Strasbourg.

MCA Colmar
6 route de Rouffach
68027 Colmar Cedex
Tél. 03 89 20 80 26
ou 03 89 20 80 27
Fax 03 89 20 80 16

MCA Mulhouse
5 bld de l'Europe - BP 3309
68066 Mulhouse Cedex 3
Tél. 03 89 56 45 66
ou 03 89 56 69 62
Fax 03 89 56 69 70

MCA Strasbourg
23/25 rue Finkmatt
67000 Strasbourg
Tél. 03 88 15 25 80
ou 03 88 15 25 89

Siège social MCA : 6 route de Rouffach - 68027 Colmar Cedex - Tél. 03 89 20 80 00
Fax : 03 89 24 98 37 - Internet : www.mc-alsace.fr - E-mail : info@mc-alsace.fr



Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité
Numéro d'immatriculation au Registre National des Mutuelles : 778 900 027

Complémentaire Hospitalière

La garantie de vivre mon hospitalisation
en toute sérénité

Jusqu'à 60 €
d'indemnités
par jour



Une cotisation
mensuelle
très légère

Une couverture
adaptée
à vos besoins

groupeafp Ne pas jeter sur la voie publique.



Vos cotisations

Vos cotisations sont calculées en fonction des indemnités journalières que vous souhaitez.

Pour connaître le montant exact de votre cotisation mensuelle, variable en fonction de votre âge, choisissez tout d'abord le montant des indemnités journalières souhaitées.

CHOISISSEZ LES MONTANTS DES INDEMNITÉS SOUHAITÉES

Choisissez le montant des indemnités journalières souhaitées	Découvrez le montant de votre cotisation mensuelle en fonction de votre âge		
INDEMNITÉS JOURNALIÈRES	- 18 ANS	18 À 40 ANS	41 À 50 ANS
4 €	1,50 €	-	-
8 €	2,70 €	-	-
15 €	-	3,50 €	4,00 €
23 €	-	5,20 €	5,90 €
30 €	-	6,80 €	7,90 €
38 €	-	8,60 €	9,90 €
45 €	-	10,40 €	11,80 €
60 €	-	13,80 €	15,80 €
INDEMNITÉS JOURNALIÈRES	51 À 60 ANS	61 À 70 ANS	71 ANS ET PLUS
15 €	5,00 €	7,00 €	11,10 €
23 €	7,50 €	10,60 €	16,60 €
30 €	10,00 €	14,10 €	25,20 €
38 €	12,40 €	17,60 €	36,60 €
45 €	14,90 €	21,20 €	56,10 €
60 €	19,80 €	28,20 €	36,40 €

Le montant de la cotisation est obtenu en faisant la différence entre l'année en cours et l'année de naissance. Ces cotisations comprennent la taxe sur les conventions d'assurance. Tarif au 1^{er} janvier 2011.

Consultez directement vos décomptes de prestations sur internet : www.mc-alsace.fr

Demande d'adhésion à la Complémentaire Hospitalière

Le souscripteur est :

- adhérent à la MCA
 nouvel arrivant à la MCA
 Droit d'entrée 10 €

N° Sociétaire MCA :

Date d'effet :

Date d'échéance :

LE OU LES SOUSCRIPTEURS

	Nom	Prénom	Date de naissance	Indemnité journalière choisie	Montant mensuel de la cotisation
Adhérent	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conjoint	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 ^{er} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				TOTAL	<input type="text"/>

ADRESSE

N° Rue
 Code postal Ville Téléphone

PAIEMENT

Périodicité de paiement : Mensuelle* Trimestrielle Semestrielle Annuelle
 Mode de paiement : par chèque bancaire ou postal par prélèvement automatique

* Si vous optez pour le paiement mensuel de vos cotisations, le prélèvement automatique est obligatoire.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement mutualiste de la Complémentaire Hospitalière. À ce jour, je certifie que toute personne ayant souscrit au contrat Complémentaire Hospitalière n'est atteint d'aucune infirmité ni affection devant entraîner une hospitalisation. J'autorise un médecin conseil de la MCA à demander toutes pièces justificatives qu'il jugera nécessaires, ainsi que l'accès à mon dossier médical.

Votre agence MCA Fait à le
 Signature
 Précédée de la mention «Lu et approuvé»

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom
 Rue
 Code postal Ville
 N° du compte chèques

NUMÉRO D'ÉMETTEUR DÉSIGNATION DE L'ORGANISME ENCAISSEUR (OU CRÉANCIER)

Banque 119 504
 Banque Postale 360724
MUTUELLE COMPLEMENTAIRE D'ALSACE
MUT. COMP. ALSACE
 6 route de Rouffach - 68027 Colmar Cedex

Je soussigné(e), prie Monsieur le Directeur ou de l'Établissement teneur de mon compte, désigné ci-contre, de payer par prélèvement mensuel sur l'avoir de ce dernier, le montant des ordres (ou avis) de prélèvements établis à mon nom, qui seront présentés par LA MUTUELLE COMPLEMENTAIRE D'ALSACE.

Je reconnais que :

- L'Établissement teneur du compte à débiter ne sera pas tenu de m'aviser de l'exécution ou de la non-exécution de ces opérations.
- En cas de litige sur un prélèvement, je devrai régler le différend avec l'organisme encaisseur (ou créancier).
- Je ne peux refuser l'exécution d'un prélèvement isolé.

AUTORISATION DE L'ADMINISTRATION DES P.T.T. N° 20-80 DU 11.2.1980

NOM ET ADRESSE, DE VOTRE ÉTABLISSEMENT BANCAIRE

Fait à le
 Signature du titulaire du compte à débiter