



GRUPE **vyv**

# Contrat de sortie Complémentaire santé solidaire

<input type="checkbox"/> ADHÉSION
<input type="checkbox"/> COUVERTURE FAMILIALE

COMPLÉMENTAIRE  
**SANTÉ**  
SOLIDAIRE

SortieCSS-062022

Article L. 861-12 du Code de la Sécurité sociale

**À imprimer en double : un exemplaire pour l'adhérent et un exemplaire à renvoyer à MGEN - Gestion Complémentaire Santé Solidaire - CS90899 - 34012 Montpellier Cedex**

## Votre identité - à compléter systématiquement

N° Adhérent MGEN :

Civilité  Madame  Monsieur Sexe  Féminin  Masculin

Nom de naissance

Nom d'usage

Prénom

Date de naissance

N° de Sécurité sociale

## Vos coordonnées de contact - à compléter en cas d'adhésion ou de changement d'adresse

Adresse

Code postal     Localité

Tél. fixe           Tél. portable

E-mail

*En renseignant votre adresse e-mail, vous recevrez un mail vous permettant d'activer votre espace personnel mgen.fr.*

Au-delà de votre offre, MGEN élabore d'autres produits et services destinés au mieux vivre de ses adhérents.

Si vous ne souhaitez pas recevoir de communication sur ces produits et services, cochez la(les) case(s) ci-dessous :

- par courrier  par téléphone  par e-mail  par SMS

## ADHÉSION - à compléter si vous et vos bénéficiaires couverts précédemment par la Complémentaire santé solidaire, souhaitez souscrire au contrat de sortie de la Complémentaire santé solidaire.

Date de fin de vos droits à la Complémentaire santé solidaire :

L'adhésion prendra effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la fin de vos droits à la Complémentaire santé solidaire. Elle est valable un an.

Vos bénéficiaires, conjoint et/ou enfant(s), seront couverts seulement s'ils en bénéficiaient déjà.

**Vous demandez votre adhésion au contrat de sortie à la Complémentaire santé solidaire pour :**

- Vous même en qualité de membre participant MGEN ;  
 Votre conjoint(e) ;  
 Votre(vos) enfant(s).

Nom – Prénom de votre(vos) bénéficiaire(s)

La couverture de vos nouveaux bénéficiaires prendra effet au 1er jour du mois suivant de la demande et prendra fin à la même date que votre contrat.

Vous demandez l'extension de votre couverture à :

NOM - PRÉNOM	Date de naissance	Sexe	N° de Sécurité sociale	Qualité <sup>(1)</sup>
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Code organisme <sup>(2)</sup>	
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Code organisme <sup>(2)</sup>	

(1) Qualité : 1- Conjoint(e), 2- Enfant.

(2) Code indiqué sur leur attestation de droits Sécurité sociale (ne pas compléter si leur assurance maladie obligatoire est MGEN). Pour obtenir le code d'organisme de rattachement, plusieurs solutions : auprès de la caisse d'assurance maladie, d'une borne de Sécurité sociale (en pharmacie, par exemple), par téléphone, ou sur le site ameli.fr. La saisie de ce code permet la mise en place de la télétransmission des informations sur les frais maladie entre l'organisme de Sécurité Sociale et MGEN. Ce code permet d'être remboursé sans avoir à envoyer les feuilles de soins.

## Votre cotisation - à compléter en cas d'adhésion ou de changement de mode de règlement

**Vous vous engagez à acquitter votre cotisation** et le(s) éventuel(s) complément(s) de cotisation afférent(s) à votre couverture familiale.

Vous choisissez un mode de règlement :

Par prélèvement mensuel sur compte bancaire, suivant un échéancier qui me parviendra au plus tard 5 jours avant la date du 1<sup>er</sup> prélèvement (remplir le mandat SEPA ci-joint)

Date de prélèvement :  le 5 du mois  le 10 du mois  le 30 du mois

En une seule fois par chèque libellé à l'ordre de MGEN, dans les délais prévus à l'appel de cotisation.

**Vous certifiez l'exactitude de la présente déclaration** et vous vous engagez à informer la mutuelle de toute modification de situation.

**Vous déclarez avoir pris connaissance des statuts MGEN disponible sur votre espace personnel, de la note d'information relative au contrat de sortie Complémentaire santé solidaire**, et des montants de cotisation, qui vous ont été remis avant la signature du présent formulaire.

À : .....

Le

**Signature**  
(du représentant légal pour les mineurs)

**Cadre réservé à MGEN**

### Pièces à joindre

- Le mandat de prélèvement SEPA ci-joint, complété et signé ;
- Un relevé d'identité bancaire précisant le code IBAN (identifiant international de compte) ;

MGEN Mutuelle Générale de l'Education Nationale, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 685 399, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité. Siège social : 3 square Max Hymans, 75 748 Paris Cedex 15. MGEN Centres de santé, immatriculée sous le numéro SIREN 477 901 714, mutuelles soumises aux dispositions du livre III du Code de la mutualité. Siège social : 3, square Max-Hymans - 75748 Paris CEDEX 15. MGEN est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris CEDEX 09.

Les relations entre la mutuelle et l'adhérent sont régies par le droit français et écrites en langue française. L'ensemble des informations portées au bulletin d'adhésion sont valables jusqu'au 31/12/2023.

Dans le cadre de ses activités, MGEN réalise différents traitements de données personnelles concernant le membre participant et ses ayants droit éventuels, en qualité de responsable de traitement,

Le traitement des données personnelles renseignées au sein de ce bulletin et celles figurant sur les pièces demandées dans ce cadre, est nécessaire pour prendre en compte et gérer l'adhésion au Règlement mutualiste, assurer la gestion et l'exécution du contrat, et réaliser des opérations en lien avec l'appréciation et la surveillance du risque. Ces données peuvent également être utiles à MGEN afin de gérer la vie institutionnelle relevant des statuts, gérer les contentieux et recours en lien avec le contrat, de répondre à des prescriptions légales ou règlementaires, ainsi que pour gérer la relation commerciale, personnaliser et améliorer les services et produits proposés, piloter la structure, améliorer les processus et l'offre de produits et services de MGEN, ainsi que lutter contre la fraude.

Les données collectées sont conservées le temps nécessaire à la réalisation des opérations et finalités citées ci-dessus conformément au référentiel des durées de conservation mis en œuvre au sein de MGEN, sur les préconisations de la CNIL (référentiel pour le secteur de l'assurance) et les prescriptions légales. En l'absence de souscription (renonciation), les données seront conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact.

Les données sont destinées aux personnels habilités de MGEN dans le cadre de leurs missions en lien avec les finalités précitées. Elles peuvent également être transmises à des personnes externes strictement habilitées par MGEN dans la limite des finalités précitées. Sauf indication par un astérisque, toutes les données sollicitées sont obligatoirement à fournir pour permettre le traitement de votre adhésion.

Pour ce qui concerne les prestations d'assistance, si votre contrat en comprend, nous vous invitons à vous reporter à son règlement et la notice dédiée.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, et de portabilité de vos données, ainsi que d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données vous concernant (le détail de vos droits figurant sur le Règlement Mutualiste et la politique de confidentialité). Vous disposez également du droit de décider du sort de vos données après votre décès. Sans opposition de votre part, vos données personnelles pourront être utilisées pour des actions commerciales et pour l'envoi d'information sur les produits et services offerts par le groupe MGEN. De même, sauf opposition de votre part, vos données personnelles pourront être utilisées dans le cadre de profilage.

Toute demande d'exercice de ces droits peut être envoyée par courrier postal à l'adresse : MGEN - Centre de services de la Verrière- Protection des données – CS 10601 La Verrière – 6 bis avenue Joseph Rollo – 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex. Le DPO peut être contacté à l'adresse suivante : MGEN – Data Protection Officer – 3 square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15. Les demandes peuvent également être faites sur le site de MGEN à la page : <https://www.mgen.fr/mes-donnees/>. Un justificatif d'identité comportant votre signature pourra être demandé le cas échéant. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Le membre participant peut, à tout moment, s'inscrire en ligne sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel, à l'adresse <https://www.bloctel.gouv.fr/>.

## Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce mandat, vous autorisez MGEN à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MGEN. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) 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,
- sans tarder et au plus tard dans les **13 mois** en cas de prélèvement non autorisé.

Toutes les zones doivent être complétées.

**Titulaire du compte**

Nom / prénom ou raison sociale : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Pays : .....

**Coordonnées du compte**

**N° d'identification international du compte bancaire - IBAN** (International Bank Account Number).  
*Le nombre de caractères de l'IBAN peut varier selon le pays de la zone SEPA (ex : IBAN France 27 caractères).*

.....

**Code International d'identification de votre banque - BIC** (Bank Identifier Code) .....

**Type de paiement**

Paiement récurrent

À ..... Le ..... Signature

Zone réservée à MGEN

**Référence Unique de Mandat - RUM** : .....

**Intitulé du contrat** : .....

**Nom du souscripteur** (uniquement s'il est différent du titulaire du compte) : .....

.....

**Identifiant MGEN** : .....

**Créancier** : MGEN - 3 square Max Hymans - 75748 PARIS Cedex 15 - FRANCE **ICS** : FR42ZZZ141941

Les données à caractère personnel recueillies au soutien de ce mandat sont collectées par MGEN, responsable de traitement, et ont pour finalités la gestion et exécution de votre contrat (gestion du mandat SEPA et des prélèvements bancaires) par les personnels habilités de MGEN et des établissements bancaires concernés. Leur traitement est fondé sur l'exécution contractuelle. La non-fourniture des données a pour conséquence de ne pas permettre le prélèvement bancaire. Les données collectées sont conservées le temps nécessaire à l'exécution du contrat ou pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL. Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, la rectification ou l'effacement de celles-ci ainsi que le droit solliciter la limitation du traitement, et de demander la portabilité de vos données, ainsi que de communiquer des directives concernant le sort de vos données après votre décès. Toute demande d'exercice de ces droits peut être envoyée par courrier postal à l'adresse : MGEN - Centre de services de la Verrière- Protection des données – CS 10601 La Verrière – 6 bis avenue Joseph Rollo – 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex. Le DPO peut être contacté à l'adresse suivante : MGEN – Data Protection Officer – 3 square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15. Les demandes peuvent également être faites sur le site de MGEN à la page : <https://www.mgen.fr/mes-donnees/>. Un justificatif d'identité comportant votre signature pourra être demandé le cas échéant. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

La réglementation prévoit un dispositif particulier pour les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire gérés par un organisme complémentaire **et dont les droits ne sont pas renouvelés**.

Pendant un an, votre organisme complémentaire santé est tenu de vous proposer un contrat de sortie dont le tarif maximum, variant en fonction de l'âge de chacun des bénéficiaires, est présenté dans le tableau ci-dessous.

Âge au 1 <sup>er</sup> janvier de l'année	Tarif mensuel*	Tarif annuel*
Assuré âgé de 29 ans et moins	16 euros	192 euros
Assuré âgé de 30 à 49 ans	28 euros	336 euros
Assuré âgé de 50 à 59 ans	42 euros	504 euros
Assuré âgé de 60 à 69 ans	50 euros	600 euros
Assuré âgé de 70 ans et plus	60 euros	720 euros

\* Les tarifs des bénéficiaires assurés au régime d'Alsace-Moselle sont minorés

Cette couverture s'interrompt de plein droit si vous obtenez à nouveau des droits à la Complémentaire santé solidaire.

Le bulletin d'adhésion doit nous être retourné dans les 3 mois à compter de la date de fin de vos droits CSS.

Au-delà de cette date, vous ne pourrez plus y prétendre et devrez souscrire une autre offre du groupe MGEN.

[Le tableau des prestations est consultable sur le site internet mgen.fr.](http://mgen.fr)

### Informations relatives aux prestations et aux frais de gestion affectés aux garanties santé :

Le ratio prestations/cotisations est de 78,8 %.

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 frais de gestion/cotisations est de 17,5 %.

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 client, 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.