Contrat frais de santé
MINISTERE DE LA CULTURE

☑ Affiliation ☐ Ajout d'ayant(s) droit ☐ Modification de couverture

Champs à compléter en majuscule et en noir

N° Contrat : 2510-04EBS **N° Gestion :** C000037608

Employeur

Nom de l'employeur : SECRETARIAT GENERAL DU MINISTERE DE LA CULTURE N°SIREN : 1 3 0 0 1 9 3 1 8

Nom de l'établissement : SECRETARIAT GENERAL DU MINISTERE DE LA CULTURE ET DE LA N°SIRET : 1 3 0 0 1 9 3 1 8 0 0 0 1 8

Affilié(e)

Groupe de population : RSTOCK

Date de départ à la retraite :

N° de Sécurité Sociale : Civilité : ☐ Mme. ☐ M. N° d'affilié(e)* :

Nom de naissance : Nom d'usage* :

Prénom : Date de naissance :

Ville de naissance : Pays de naissance :

Régime : ☐ Général (G) ☐ Alsace-Moselle (AM) Code organisme de rattachement*(1) :

Adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone : E-mail :

Conjoint Pacsé Concubin

Sexe : ☐ F. ☐ M. Nom de naissance :

Nom d'usage* : Prénom :

Date de naissance : Ville de naissance : Régime : ☐ G ☐ AM

N° de Sécurité sociale : Code organisme de rattachement*(1) :

Enfant

Sexe : ☐ F. ☐ M. Nom de naissance :

Nom d'usage* : Prénom :

Date de naissance : Ville de naissance : Régime : ☐ G ☐ AM

N° de Sécurité sociale : Code organisme de rattachement*(1) :

Enfant

Sexe : ☐ F. ☐ M. Nom de naissance :

Nom d'usage* : Prénom :

Date de naissance : Ville de naissance : Régime : ☐ G ☐ AM

N° de Sécurité sociale : Code organisme de rattachement*(1) :

Enfant

Sexe : ☐ F. ☐ M. Nom de naissance :

Nom d'usage* : Prénom :

Date de naissance : Ville de naissance : Régime : ☐ G ☐ AM

N° de Sécurité sociale : Code organisme de rattachement*(1) :

Enfant

Sexe : ☐ F. ☐ M. Nom de naissance :

Nom d'usage* : Prénom :

Date de naissance : Ville de naissance : Régime : ☐ G ☐ AM

N° de Sécurité sociale : Code organisme de rattachement*(1) :

Pour les enfants ayants droit au niveau Sécurité sociale, compléter les informations N° de Sécurité sociale et Code organisme de rattachement de la personne à laquelle il est rattaché.

(1) La Mutuelle propose de recevoir automatiquement les relevés de prestations de l'organisme d'Assurance maladie obligatoire. A cet effet, veuillez bien compléter le code organisme de rattachement disponible sur votre attestation de droit à l'Assurance maladie obligatoire.Si vous et vos éventuels ayants droit souhaitez nous transmettre les relevés vous - même, cocher la case ci - après: ☐

Coordonnées bancaires pour le versement de vos prestations et le paiement de vos éventuelles cotisations (ou joindre votre RIB avec ce bulletin) :

Titulaire(s) du compte :

IBAN : BIC :

* Données facultatives

Couverture

Vous souhaitez souscrire à : ☐ Socle ☐ Socle + Option 1 ☐ Socle + Option 2 ☐ Socle + Option 3 À partir du : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

La demande prend effet selon les conditions définies au contrat (cf. notice d'information). L'affiliation est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.
Tout fait générateur intervenu avant la prise d'effet de l'affiliation ne sera pas indemnisé dans le cadre de votre contrat.

Cotisations

Les cotisations seront à votre charge et prélevées mensuellement sur votre compte bancaire. À cet effet, veuillez joindre un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé.
La cotisation est forfaitaire. Elle évolue selon votre âge et votre date de départ à la retraite. La cotisation des ayants droit est forfaitaire. Le détail de l'ensemble des cotisations est précisé dans la notice d'information.

Cotisations 2025 Régime général - Part due par l'affilié	Socle	+ Option 1	+ Option 2	+ Option 3
Retraité 1ère année	68,49€	+ 21,35€	+ 39,03€	+ 53,21€
Retraité 2ème année	85,62€	+ 21,35€	+ 39,03€	+ 53,21€
Retraité 3ème à 5ème année	102,73€	+ 21,35€	+ 39,03€	+ 53,21€
Retraité 6ème année et plus	119,87€	+ 21,35€	+ 39,03€	+ 53,21€
Conjoint	121,18€	+ 23,48€	+ 42,94€	+ 58,55€
Enfant - 21 ans	23,96€	+ 7,48€	+ 14,31€	+ 19,63€
Enfant 21 ans et +	23,96€	+ 7,48€	+ 14,31€	+ 19,63€

Utilisations de vos données

Vos préférences en termes de communication de la Mutuelle et de ses partenaires :

☐ En tant qu'adhérent, je souhaite bénéficier des communications MGEN sur les services inclus dans mon contrat ainsi que sur des promotions sur les offres et services MGEN

☐ Je souhaite recevoir des actualités et promotions des offres et services des partenaires MGEN relatifs aux questions de santé, de l'accès aux soins, au logement ainsi que de l'accompagnement au quotidien (petite enfance, aide à domicile...).

A tout moment, vous pouvez modifier vos choix dans votre espace personnel et retrouver la liste des partenaires de la mutuelle dans sa politique de confidentialité.

Signature

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 de la mutuelle et de la notice d'information du contrat qui vous ont été remis avant la signature du présent document.

Vous reconnaissez que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle est sanctionnée par la nullité de votre affiliation, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par vous a été sans influence sur la réalisation du risque.

À _____ Le ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Signature de l'affilié

☐ Je valide la demande liée à mon affiliation au contrat collectif et atteste de l'exhaustivité et de l'exactitude des données renseignées dans ce document.

1 exemplaire à conserver.
1 exemplaire à transmettre à : MGEN - FONCTION PUBLIQUE D'ETAT - TSA 41519 - 53106 MAYENNE CEDEX

Contrat collectif souscrit par le Ministère de la Culture et ses établissements rattachés, sis 182 rue Saint Honoré – 75001 PARIS Cedex 01, assuré par MGEN, immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. Sise 3, square Max Hymans 75748 Paris cedex 15.
Assisteur : Ressources Mutuelles Assistance (RMA) Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou CEDEX, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 444 269 682. MGEN et RMA sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris CEDEX 09.

MGEN traite vos données pour la gestion de votre dossier. Pour exercer vos droits sur vos données ou contacter le DPO, vous pouvez envoyer un courrier postal à : 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 ou vous rendre sur le site : mgen.fr/mes-donnees/. Pour en savoir plus, vous pouvez consulter votre Règlement Mutualiste ou votre Notice d'Information, et la Politique de Confidentialité disponible sur mgen.fr

Mandat de prélèvement SEPA

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. 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(s) 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 :***

☐ Je valide ma demande de prélèvement sur compte bancaire et atteste de l'exhaustivité et de l'exactitude des données renseignées dans le mandat SEPA.

Réservée au créancier

Référence Unique de Mandat - RUM :

Intitulé du contrat :

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

Identifiant du créancier :

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

MGEN traite vos données pour la gestion de votre dossier. Pour exercer vos droits sur vos données ou contacter le DPO, vous pouvez envoyer un courrier postal à : 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 ou vous rendre sur le site : mgen.fr/mes-donnees/. Pour en savoir plus, vous pouvez consulter votre Règlement Mutualiste ou votre Notice d'Information, et la Politique de Confidentialité disponible sur mgen.fr