mgen
GROUPE VYV

Demande d'extension de la couverture familiale

MGEN INTERNATIONAL SANTÉ PRÉVOYANCE

Vous

N° de sécurité sociale

N° adhérent

Civilité ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance

Nom d'usage

Prénom (s)

Votre adresse de résidence

Pays de résidence

Point de remise

Localisation

N°, type et libellé de la voie

Lieu-dit ou boîte postale

Code postal, localité

Vos coordonnées de contact

Adresse postale (si différente de l'adresse de résidence)

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-après : par courrier et téléphone ☐ par email et SMS ☐
*Si vous acceptez que vos données soient cédées aux partenaires de la mutuelle à des fins de prospection, cochez la(les) case(s) ci-dessous :
par courrier et téléphone ☐ par email et SMS ☐

À renvoyer à la section extra-métropolitaine.

Extension de votre couverture familiale

Je demande l'extension de ma couverture familiale MGEN à mon(ma) conjoint(e) ou/et mon(mes) enfant(s) ci-après désigné(s)

à compter du __ __ ____

Vos bénéficiaires, conjoint et/ou enfant(s), sont couverts par les mêmes garanties frais de santé que vous.

L'extension de la couverture familiale prend effet au 1er jour du mois de la demande, ou du mois suivant la demande si la personne rattachée est déjà couverte par une offre du groupe MGEN, ou d'un mois indiqué librement dans un délai maximum de 7 mois. Elle est annuelle à échéance du 31/12 de chaque année et se renouvelle par tacite reconduction.

À mon (ma) conjoint(e)

N° de sécurité sociale

Nom de naissance

Nom d'usage

Prénom

Date de naissance __ __ ____ Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin

Sa situation familiale

☐ Concubin(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Marié(e) Depuis le __ __ ____

Son organisme primaire d'Assurance maladie (OPAM)(1)

Organisme **Code**

Sa situation professionnelle

Profession

Employeur

À mon (mes) enfants(s)

NOM	*PRÉNOM*	*Date de naissance*	*Sexe*	*OPAM (1)*
		__ __ ____	☐ F ☐ M	
		__ __ ____	☐ F ☐ M	
		__ __ ____	☐ F ☐ M	
		__ __ ____	☐ F ☐ M	

(1) L'OPAM (organisme primaire d'Assurance maladie) est l'organisme prenant en charge en 1er niveau les frais de santé. Il doit **obligatoirement prendre en charge les frais d'hospitalisation et les transports sanitaires**, a minima.
Pour chacun de vos bénéficiaires, reporter le numéro de l'OPAM selon la liste du tableau « Organisme primaire d'Assurance maladie (OPAM) » (cf. p4).

Modalités de règlement

Je m'engage à acquitter le(s) complément(s) de cotisation afférent(s) à ma couverture familiale par :

☐ Prélèvement sur ma pension, si je suis retraité et bénéficie déjà de ce mode de paiement de ma cotisation ;

☐ Par prélèvement mensuel sur compte bancaire, suivant un échéancier qui me parviendra au plus tard 5 jours avant la date du 1er prélèvement, et en 12 échéances maximum (remplir le mandat de prélèvement SEPA ci-joint).

☐ En une seule fois, par chèque libellé à l'ordre de MGEN adressé à ma section extra-métropolitaine, dans les délais prévus à l'appel de cotisation.

Je certifie l'exactitude de la présente déclaration et je m'engage à informer la mutuelle de toute modification.

Je déclare avoir pris connaissance des statuts et règlements mutualistes de MGEN, MGEN Action sanitaire et sociale, MGEN Centres de santé, MGEN Vie et MGEN Filia, des taux et montants de cotisation, et de la notice d'information du contrat d'assurance assistance MGEN INTERNATIONALE/IMA Assurances qui m'ont été remis avant la signature du présent document.

À ..... Le __ __ ____

Signature	Cadre réservé à MGEN

ENGAGEMENT DE SERVICE
QUALITÉ SANTÉ PRÉVOYANCE
REF. 258
AFNOR CERTIFICATION
www.afnor.org

Une qualité de service certifiée. Le groupe MGEN a obtenu la certification Afnor en octobre 2014. Son référentiel inclut 10 engagements de service concrets et vérifiables permettant de garantir à chacun un niveau de qualité élevé, à chaque étape de la relation adhérent.

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), sise au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09, est chargée du contrôle de MGEN. 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 présent document sont valables jusqu'au 31/12/2019.

MGEN, Mutuelle Générale de l'Éducation nationale, immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399, MGEN Vie, immatriculée sous le numéro SIREN 441 922 002, MGEN Filia, immatriculée sous le numéro SIREN 440 363 588, mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - MGEN Action sanitaire et sociale, immatriculée sous le numéro SIREN 441 921 913, 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 : MGEN - 3, square Max-Hymans 75748 Paris cedex 15.
IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 d'euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632. Les conditions d'application des garanties d'assistance et les exclusions sont détaillées dans la notice d'information.

MGEN réalise différents traitements de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses ayants-droit éventuels, en qualité de responsable de traitement. Le traitement de ces données à caractère personnel est nécessaire pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat, pour organiser la vie institutionnelle relevant des statuts, ainsi que pour répondre à des prescriptions réglementaires. La non-fourniture des données a pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus. 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 en matière d'assurance. Par sa signature, le membre participant garantit qu'il a pouvoir ou autorité pour agir au nom et pour le compte de ses ayants-droit pour ce qui concerne les données à caractère personnel fournies. Les données sont destinées aux personnels habilités de la mutuelle et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être transmises à des sous-traitants et partenaires contribuant à la réalisation de ces finalités. Conformément aux dispositions du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, le membre participant dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, et de portabilité de ses données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données le concernant. Il dispose également du droit de décider du sort de ses données après son décès. Sauf opposition de sa part, les données à caractère personnel du membre participant pourront être utilisées dans le cadre de profilage. Toute demande d'exercice de ces droits peut être envoyée, accompagnée d'un justificatif d'identité par courrier postal à l'adresse : MGEN - Centre de gestion de la Verrière- Protection des données - CS 10601 La Verrière – 6 bis avenue Joseph Rollo – 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex. Contact DPO : MGEN – Data Protection Officer – 3 square Max Hymans 75748 PARIS Cedex 15. Les demandes peuvent également être faites sur le site de la MGEN à la page : https://www.mgen.fr/mes-donnees. Le membre participant peut également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (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://inscription.bloctel.fr.

Toute demande de réclamation doit être formulée auprès de : **MGEN - Gestion des Réclamations - 3 square Max-Hymans - 75748 Paris cedex 15.**

Toute personne qui a adhéré à la mutuelle a la faculté d'y renoncer pendant un délai de trente jours à compter du moment où elle est informée que son adhésion a pris effet. La renonciation entraîne le remboursement des cotisations par la mutuelle et des prestations perçues par l'adhérent. Elle peut être faite par l'envoi à MGEN, par lettre recommandée avec avis de réception, d'un courrier dans les termes suivants : « Je vous informe que j'exerce ma faculté de renonciation à l'adhésion à MGEN. Je vous remercie de bien vouloir m'adresser le remboursement des sommes que j'ai versées au titre de mon adhésion dans un délai de trente jours calendaires à compter de la réception de la présente ».

À renvoyer à la section extra-métropolitaine.

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)

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 du mandat SEPA et des prélèvements bancaires par les personnels habilités de MGEN et des établissements bancaires concernés. Leur traitement est fondé sur la nécessaire exécution du contrat. 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 en matière d'assurance. Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, la rectification ou l'effacement de celles-ci ainsi que le droit de communiquer des directives concernant le sort de vos données après votre décès. Vous disposez encore, pour motifs légitimes, du droit de solliciter la limitation du traitement, de vous opposer audit traitement et du droit à la portabilité des données.
Vous pouvez exercer vos droits, par un écrit signé accompagné d'un justificatif d'identité comportant votre signature, en vous adressant à MGEN - Centre de gestion de la Verrière - Protection des données - CS 10601 La Verrière – 6 bis avenue Joseph Rollo – 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex ou par formulaire sur le site de MGEN à la page : https://www.mgen.fr/mes-donnees. Contact DPO : MGEN – Data Protection Officer – 3 square Max-Hymans 75748 PARIS Cedex 15. Enfin, vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés [CNIL] sise 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 – Tél. : +33 (0)1.53.73.22.22 ou par formulaire sur www.cnil.fr.
Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

À renvoyer à la section extra-métropolitaine.

Organisme primaire d'Assurance maladie (OPAM)

Il s'agit de l'organisme prenant en charge les frais de santé en 1er niveau. **Il doit obligatoirement prendre en charge les frais d'hospitalisation et les transports sanitaires, a minima.**
Ce tableau vous permet de remplir la rubrique correspondante pour vos bénéficiaires.

1. Exclusivement couvert par MGEN pour l'Assurance maladie obligatoire
2. Organisme d'Assurance maladie obligatoire français autre que MGEN
3. Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) de Polynésie française
4. Caisse de protection sociale de Nouvelle Calédonie (CAFAT)
5. Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) de Saint Pierre et Miquelon
6. Cas particulier – résident Wallis et Futuna
7. Caisse des Français à l'étranger (CFE)
8. Assurance Maladie d'un pays de l'Union Européenne
9. Assurance Maladie d'un pays hors de l'Union Européenne
10. Organisme international (ex : UNESCO, …)
11. Assurance privée
12. Cas particulier- période transitoire avant un contrat de résident AEFE
13. Autre

Pièces à joindre à votre demande d'extension de la couverture familiale

POUR **VOUS**

Si vous avez opté pour le règlement des compléments de cotisations par prélèvement bancaire :

- ✔ Le mandat de prélèvement SEPA ci-joint, complété et signé ;
- ✔ Un relevé d'identité bancaire **(RIB) d'un compte en euros établi en France ou dans une collectivité d'outre-mer (COM)** précisant le code IBAN (identifiant international de compte).

POUR **VOTRE FAMILLE**

Si vous souhaitez l'extension de la couverture à votre conjoint(e), pacsé(e), concubin(e) et/ou enfant(s), **pour chaque bénéficiaire :**

- ✔ Un justificatif d'appartenance à un organisme d'Assurance maladie (OPAM) prenant en charge en 1er niveau les frais de santé, et **obligatoirement les frais d'hospitalisation et les transports sanitaires, a minima.**
  Si cette prise en charge de 1er niveau est exclusivement assurée par MGEN au titre de l'Assurance maladie obligatoire française ou de la caisse des Français à l'étranger (CFE) ou pour les résidents de Wallis et Futuna ou les périodes de transition avant un contrat de résident de l'AEFE, ce justificatif n'est pas nécessaire.