

Bulletin d'adhésion

BA-OGSEM122015

Cachet de la section départementale MGEN



Le double de ce bulletin est à conserver par vos soins.
L'original est à retourner à la section départementale qui confirmera la prise en compte de votre adhésion par courrier.

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. L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 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 bulletin d'adhésion sont valables jusqu'au 31/12/2016.

Situation professionnelle

Ce tableau vous permet de remplir la rubrique « Profession » vous concernant.

Professions			
<ul style="list-style-type: none"> • Allocataire de recherche • Animateur • Assistant d'éducation • Bibliothécaire/documentaliste • Chercheur • Conseiller principal d'éducation 	<ul style="list-style-type: none"> • Conservateur • Elève fonctionnaire stagiaire • Enseignant du supérieur/Ater • Formateur • Ingénieur • Personnel artistique 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnel administratif • Personnel d'inspection • Personnel de direction • Personnel de surveillance • Personnel/ éducation-orientation 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnel médical/social • Professeur • Professeur des écoles • Professeur des lycées et collèges • Professeur des lycées professionnels • TOS : <ul style="list-style-type: none"> - personnel technicien - personnel ouvrier - personnel de service

Pièces à joindre à votre bulletin d'adhésion

POUR VOUS

L'autorisation de précompte et le mandat de prélèvement SEPA ci-joint

Si vous êtes déjà rattaché à la SEM pour la gestion de votre couverture sociale de base :

- ✓ Une copie de votre dernier bulletin de salaire (correspondant à votre activité à l'étranger ou dans une collectivité d'outre-mer)
- ✓ Si vous êtes en CDD ou CDI, la copie du dernier contrat de travail

Si vous n'êtes pas rattaché à la SEM pour la gestion de votre couverture sociale de base :

- ✓ Une copie de l'attestation de droits Sécurité sociale ou de la caisse gérant votre couverture sociale de base (CAFAT, CPS, CFE, etc.)
- ✓ Une copie d'une des pièces suivantes : carte nationale d'identité, passeport, carte de séjour temporaire ou résident à l'étranger, **visa (ce document doit obligatoirement être fourni si vous résidez aux États-Unis)**
- ✓ Un justificatif de votre situation professionnelle : une copie de votre arrêté de nomination ou arrêté administratif (titularisation, congés, détachement) ou contrat de travail ou attestation de votre employeur
- ✓ Une copie de votre dernier bulletin de salaire (correspondant à votre activité à l'étranger ou dans une collectivité d'outre-mer)
- ✓ Un relevé d'identité bancaire (RIB) d'un compte établi en France précisant le code IBAN (identifiant international de compte)

POUR VOTRE FAMILLE

en qualité de bénéficiaire(s) conjoint, enfant(s) et enfant(s) étudiant(s)

Si vous souhaitez l'extension de la couverture de votre famille et si la Sécurité sociale de votre conjoint(e) et/ou enfant(s) n'est pas gérée par MGEN :

- Conjoint(e), pacsé(e), concubin(e)
 - ✓ Une copie de l'attestation de droits Sécurité sociale ou de la caisse gérant votre couverture sociale de base (CAFAT, CPS, CFE, etc.)
- Enfant(s)
 - ✓ Une copie de l'attestation de droits Sécurité sociale ou de la caisse gérant votre couverture sociale de base (CAFAT, CPS, CFE, etc.) **sur laquelle figure(nt) le ou les enfants.**

Bulletin d'adhésion

BA-OGSEM122015

Je demande mon adhésion à MGEN et celle de mon(ma) conjoint(e) et/ou de mon(mes) enfant(s) bénéficiaire(s) ci-après désigné(e)(s)

à compter du

L'adhésion (ainsi que l'extension de la couverture familiale le cas échéant) prend effet au 1^{er} jour du mois de la demande ou d'un mois indiqué librement dans un délai maximum de 4 mois. Elle est annuelle, à échéance du 31/12 de chaque année et se renouvelle par tacite reconduction. Vous bénéficiez d'un délai de rétractation de 30 jours à compter de la date d'adhésion demandée, à exercer par courrier postal auprès de votre section.

Vous

Êtes-vous déjà adhérent(e) d'une complémentaire santé MGEN : oui non

Civilité Madame Monsieur

Sexe Féminin Masculin

Nom de naissance

Nom d'usage

Prénom

Date de naissance

N° de Sécurité sociale

Êtes-vous bénéficiaire du régime Alsace/Moselle ? oui non

Bénéficiez-vous de la CMU complémentaire ? oui non Nom de l'organisme :

Bénéficiez-vous du dispositif de l'Aide à la Complémentaire Santé ? oui non

Adresse de résidence à l'étranger :

Point de remise

Localisation

N°, type et libellé de la voie

Lieu-dit ou boîte postale

Code postal, localité

Pays

Adresse courrier (si différente de l'adresse à l'étranger) :

Adresse

Code postal

Localité

Tél. fixe*

Tél. portable*

Courriel*

@

En renseignant votre adresse courriel, vous recevrez un courriel vous permettant d'activer votre espace personnel mgen.fr.

* Je souhaite recevoir des informations sur l'offre MGEN par voie électronique

* Je souhaite recevoir des propositions des partenaires MGEN par voie électronique

À renvoyer à la section départementale.

Situation familiale : célibataire concubin(e) pacsé(e) marié(e) séparé(e) divorcé(e) veuf(ve) Depuis le **Situation professionnelle****Nature de votre contrat de travail :** Fonctionnaire titulaire depuis le Fonctionnaire stagiaire depuis le Agent non-titulaire CDD CDIDate de début de votre dernier contrat : Employeur Profession⁽¹⁾ Êtes-vous en arrêt de travail ? oui non**Votre conjoint(e)**

À ne compléter que si vous souhaitez lui étendre votre couverture familiale

Civilité Madame MonsieurSexe Féminin MasculinNom de naissance Nom d'usage Prénom Date de naissance N° de Sécurité sociale Est-il/elle bénéficiaire du régime Alsace/Moselle ? oui nonBénéficie-t-il/elle de la CMU complémentaire ? oui non Nom de l'organisme : Bénéficie-t-il/elle du dispositif de l'Aide à la Complémentaire Santé ? oui non**Situation professionnelle :**Employeur Activité professionnelle dans une association dédiée à un/des secteur(s) d'activité suivant(s) :*Éducation, enseignement scolaire et universitaire, santé scolaire, information et orientation scolaire, formation et insertion professionnelle, culture, communication, patrimoine, recherche, écologie et développement durable, jeunesse et sports.* étudiant(e) fonctionnaire ou contractuel(le) de la fonction publique salarié(e) travailleur non salarié retraité(e) demandeur d'emploi sans profession**Votre(vos) enfant(s) à charge**

À ne compléter que si vous souhaitez lui/leur étendre votre couverture familiale santé

L'un de vos enfants bénéficie-t-il de la CMU complémentaire ? oui nonL'un de vos enfants bénéficie-t-il de l'Aide à la Complémentaire Santé ? oui non

NOM	PRÉNOM	Date de naissance	Sexe	Etudiant(e) ⁽²⁾
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>

(1) Cf tableau des situations professionnelles page 5

(2) Case « étudiant(e) » à cocher dans les cas suivants : étude supérieure post BAC (BTS, IUT, classe préparatoire, université, école de commerce, etc.), formation en alternance, contrat d'apprentissage ou de professionnalisation.

Autorisation de précompte

BA-OGSEM122015

N° de Sécurité sociale

Je soussigné(e)

(nom d'usage, nom de naissance, prénom)

Né(e) le

Demeurant (adresse complète)

Employeur / Trésorerie générale

Autorise mon employeur ou liquidateur de ma pension civile à opérer le précompte de ma cotisation et des compléments de cotisations relatifs à mes bénéficiaires en cas d'extension de ma couverture familiale selon les règles, taux et montants prévus aux règlements mutualistes MGEN

À

Le

Signature

À renseigner par MGEN :

Adhésion à l'offre référencée du ministère de l'Éducation nationale

Cachet du centre de service

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 informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectifications tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

À renvoyer à la section départementale.

Bulletin d'adhésion

BA-OGSEM122015

Je demande mon adhésion à MGEN et celle de mon(ma) conjoint(e) et/ou de mon(mes) enfant(s) bénéficiaire(s) ci-après désigné(e)(s)

à compter du

L'adhésion (ainsi que l'extension de la couverture familiale le cas échéant) prend effet au 1^{er} jour du mois de la demande ou d'un mois indiqué librement dans un délai maximum de 4 mois. Elle est annuelle, à échéance du 31/12 de chaque année et se renouvelle par tacite reconduction. Vous bénéficiez d'un délai de rétractation de 30 jours à compter de la date d'adhésion demandée, à exercer par courrier postal auprès de votre section.

Vous

Êtes-vous déjà adhérent(e) d'une complémentaire santé MGEN : oui non

Civilité Madame Monsieur

Sexe Féminin Masculin

Nom de naissance

Nom d'usage

Prénom(s)

Date de naissance

N° de Sécurité sociale

Êtes-vous bénéficiaire du régime Alsace/Moselle ? oui non

Bénéficiez-vous de la CMU complémentaire ? oui non Nom de l'organisme :

Bénéficiez-vous du dispositif de l'Aide à la Complémentaire Santé ? oui non

Adresse de résidence à l'étranger :

Point de remise

Localisation

N°, type et libellé de la voie

Lieu-dit ou boîte postale

Code postal, localité

Pays

Adresse courrier (si différente de l'adresse à l'étranger) :

Adresse

Code postal

Localité

Tél. fixe*

Tél. portable*

Courriel*

@

En renseignant votre adresse courriel, vous recevrez un courriel vous permettant d'activer votre espace personnel mgen.fr.

* Je souhaite recevoir des informations sur l'offre MGEN par voie électronique

* Je souhaite recevoir des propositions des partenaires MGEN par voie électronique

À conserver par l'adhérent.

Situation familiale :

célibataire
 concubin(e) pacsé(e) marié(e) séparé(e) divorcé(e) veuf(ve) Depuis le

Situation professionnelle

Nature de votre contrat de travail :

Fonctionnaire titulaire depuis le Fonctionnaire stagiaire depuis le
 Agent non-titulaire
 CDD
 CDI
 } Date de début de votre dernier contrat :

Employeur

Profession⁽¹⁾

Êtes-vous en arrêt de travail ? oui non

Votre conjoint(e)

À ne compléter que si vous souhaitez lui étendre votre couverture familiale

Civilité Madame Monsieur

Sexe Féminin Masculin

Nom de naissance

Nom d'usage

Prénom

Date de naissance

N° de Sécurité sociale

Est-il/elle bénéficiaire du régime Alsace/Moselle ? oui non

Bénéficie-t-il/elle de la CMU complémentaire ? oui non Nom de l'organisme :

Bénéficie-t-il/elle du dispositif de l'Aide à la Complémentaire Santé ? oui non

Situation professionnelle :

Employeur

Activité professionnelle dans une association dédiée à un/des secteur(s) d'activité suivant(s) :

Éducation, enseignement scolaire et universitaire, santé scolaire, information et orientation scolaire, formation et insertion professionnelle, culture, communication, patrimoine, recherche, écologie et développement durable, jeunesse et sports.

étudiant(e) fonctionnaire ou contractuel(le) de la fonction publique salarié(e) travailleur non salarié
 retraité(e) demandeur d'emploi sans profession

Votre(vos) enfant(s) à charge

À ne compléter que si vous souhaitez lui/leur étendre votre couverture familiale santé

L'un de vos enfants bénéficie-t-il de la CMU complémentaire ? oui non

L'un de vos enfants bénéficie-t-il de l'Aide à la Complémentaire Santé ? oui non

NOM	PRÉNOM	Date de naissance	Sexe	Etudiant(e) ⁽²⁾
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>

(1) Cf tableau des situations professionnelles page 5

(2) Case « étudiant(e) » à cocher dans les cas suivants : étude supérieure post BAC (BTS, IUT, classe préparatoire, université, école de commerce, etc.), formation en alternance, contrat d'apprentissage ou de professionnalisation.

Pour plus d'informations

Votre espace personnel sur www.mgen.fr

Entièrement sécurisé, il met à votre disposition des informations personnalisées et vous donne accès à de nombreux services en ligne.

- Consultez vos remboursements de santé,
- Abonnez-vous aux relevés en ligne et soyez informé(e) en temps réel par courriel,
- Mettez à jour vos données personnelles (adresse, coordonnées bancaires...),
- Recherchez les praticiens dentaires et les établissements hospitaliers des réseaux et protocoles MGEN,
- Géolocalisez un opticien agréé MGEN ou un audioprothésiste partenaire,
- Suivez vos prestations et services en matière d'habitat,
- Déclarez en ligne la perte, le vol ou le dysfonctionnement de votre carte Vitale (si vous êtes géré(e) en Sécurité sociale par MGEN) et suivez la création de votre nouvelle carte.