



Demande d'extension de la couverture familiale

OFFRE
GLOBALE SEM
MGEN
INTERNATIONAL

Vous

N° adhérent

N° de sécurité sociale
Numéro sous lequel sont versées les prestations Sécurité sociale.

Civilité Madame Monsieur

Nom de naissance

Nom d'usage

Prénom

Tél. fixe* Tél. portable*

Courriel*
@

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

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

REF. OGSEMENT122015

Extension de votre couverture familiale

Je demande l'extension de ma couverture familiale MGEN à mon(ma) conjoint(e)

ou/et mon(es) enfant(s) ci-après désigné(s) à compter du

L'extension de la couverture familiale prend effet au 1^{er} jour du mois de la demande ou d'un mois indiqué librement par le souscripteur 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.

À mon(ma) conjoint(e)

N° de Sécurité sociale

Nom de naissance

Nom d'usage

Prénom

Date de naissance Sexe Féminin Masculin

Situation familiale :

Concubin(e) Pacsé(e) Marié(e) Depuis le

Mon(ma) conjoint(e) bénéficie de la CMU – Complémentaire Nom de l'organisme

Mon(ma) conjoint(e) bénéficie de l'Aide à la Complémentaire Santé .

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 Salarié Travailleur non salarié Retraité(e) Fonctionnaire ou contractuel(le) de la fonction publique

Demandeur d'emploi Sans profession.

À mon(mes) enfant(s)

L'extension de couverture familiale à votre/vos enfant(s) n'est possible que si vous avez souscrit à l'une des offres 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)*
		<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"/>

* Cochez la case « étudiant » si votre enfant est en étude supérieure post BAC (BTS, IUT, classe préparatoire, université, école de commerce etc...) ou est en formation en alternance, contrat d'apprentissage ou de professionnalisation.

Modalités de règlement

Je m'engage à acquitter ma cotisation et le(s) complément(s) de cotisation aafférent(s) à ma couverture familiale par précompte sur mon salaire ou ma pension si l'organisme liquidateur de mon traitement est en mesure de l'appliquer. À défaut, je choisis de régler le(s) complément(s) de cotisation :

En 12 fois par prélèvement, suivant un échéancier qui me parviendra au plus tard 5 jours avant la date du 1^{er} prélèvement, par prélèvement mensuel sur compte bancaire (remplir le mandat de prélèvement SEPA)

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

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et 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 appliqués aux adhérents de la section extra métropolitaine, qui m'ont été remis avant la signature du présent document.

À

Le

Signature

Cadre réservé à MGEN

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 :

- ✓ Un relevé d'identité bancaire (RIB) d'un compte établi en France précisant le code IBAN (identifiant international de compte)
- ✓ Le mandat de prélèvement SEPA complété et signé

POUR VOTRE FAMILLE

• 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.**



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) 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 31/12/2016.
Toute demande de réclamation doit être formulée auprès de MGEN, Gestion des réclamations - 3, square Max-Hymans 75748 Paris cedex 15.

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

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, les informations demandées, à l'exception de celles signalées par un astérisque, sont obligatoires pour le traitement de votre dossier qui à défaut ne peut être effectué. Elles sont destinées à l'usage interne de la mutuelle et de ses sous-traitants ou prestataires techniques.

Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition par courrier accompagné d'un justificatif d'identité auprès de MGEN - Centre de gestion de La Verrière - Gestion CNIL - CS 10601 La Verrière - 6 bis, avenue Joseph Rollo - 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex.

Si vous ne souhaitez pas recevoir d'information sur l'offre MGEN, veuillez cocher la case ci-contre . Vos données pourront être cédées aux partenaires de la mutuelle à des fins de prospection. Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre .