

GROUPE **vyv**

# Actualisation de situation

MGEN  
INTERNATIONAL  
SANTÉ  
PRÉVOYANCE

Afin de vous apporter le meilleur service, nous vous remercions **de compléter les rubriques** signalant les changements intervenus dans votre situation personnelle puis **d'adresser cet imprimé** accompagné des justificatifs demandés **à la section extra métropolitaine**.

## Vous

N° de sécurité sociale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° adhérent

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Civilité  Madame  Monsieur

Nom de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom d'usage

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prénom(s)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Votre adresse de résidence change**
 Non Oui

Date d'effet : \_\_ / \_\_ / \_\_

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 changent**
 Non Oui

Date d'effet : \_\_ / \_\_ / \_\_

**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.*







Vos coordonnées bancaires changent <sup>(1)</sup> Non Oui

Date d'effet : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Je vous fais part d'une nouvelle domiciliation bancaire pour :

**Mon offre MGEN :**Prélèvement des cotisations <sup>(1)</sup> (Pièces 6-7) Versement des prestations <sup>(1)</sup> (Pièce 6)

(à remplir uniquement par le membre participant) :

Pour le versement des prestations, les personnes concernées par le changement de domiciliation bancaire sont :

NOM	PRÉNOM	Date de naissance
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**Mes Offres Additionnelles :**Prélèvement des cotisations <sup>(1)</sup> (Pièces 6-7) Versement des prestations <sup>(1)</sup> (Pièce 6)

(à remplir uniquement par le souscripteur de l'offre) :

Assurance emprunteur (assurance de prêt, contrat perte emploi)

Caution Acquisition MGEN

Offre Prévoyance Facultative MGEN

Garanties Additionnelles au COREM

Complément autonomie MGEN

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à informer la mutuelle de toute modification.

À .....

Le   

Signature

Cadre réservé à MGEN

(1) Cocher la case correspondante - fournir les pièces demandées, selon les modifications effectuées, liste en page 5

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.**

À renvoyer à la section extra-métropolitaine. 3/5







## Organisme primaire d'Assurance maladie (OPAM)

Il s'agit de l'organisme prenant en charge les frais de santé en 1<sup>er</sup> 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 vous et vos éventuels bénéficiaires.

- |  |   |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exclusivement couvert par MGEN pour l'Assurance maladie obligatoire</li> <li>2. Organisme d'Assurance maladie obligatoire français autre que MGEN</li> <li>3. Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) de Polynésie française</li> <li>4. Caisse de protection sociale de Nouvelle Calédonie (CAFAT)</li> <li>5. Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) de Saint Pierre et Miquelon</li> <li>6. Cas particulier – résident Wallis et Futuna</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Caisse des Français à l'étranger (CFE)</li> <li>8. Assurance Maladie d'un pays de l'Union Européenne</li> <li>9. Assurance Maladie d'un pays hors de l'Union Européenne</li> <li>10. Organisme international (ex : UNESCO, ...)</li> <li>11. Assurance privée</li> <li>12. Cas particulier- période transitoire avant un contrat de résident AEFÉ</li> <li>13. Autre</li> </ol> |
|--|---|

## Situation professionnelle

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

### Professions

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Allocataire de recherche</li> <li>• Assistant d'éducation</li> <li>• Autre :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadre / Profession libérale</li> <li>- Technicien / agent de maîtrise</li> <li>- Employé</li> </ul> </li> <li>• Bibliothécaire / conservateur</li> <li>• Cadre de la fonction publique</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chercheur</li> <li>• Conseiller principal d'éducation</li> <li>• Enseignant du supérieur</li> <li>• Ingénieur et cadre technique et d'étude (agriculture, environnement, informatique)</li> <li>• Personnel d'inspection / chef d'établissement de l'enseignement secondaire</li> <li>• Personnel de Direction</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnel de surveillance</li> <li>• Personnel médical / social</li> <li>• Professeur des Ecoles</li> <li>• Professeur des lycées professionnels</li> <li>• Professeur titulaire des collèges et des lycées</li> <li>• TOS / Employés de la fonction publique (catégorie C)</li> </ul> |
|--|--|---|

## Pièces à joindre à votre demande d'actualisation de situation

### POUR VOUS

1. Pour **chaque membre de la famille**, un ou des justificatifs d'appartenance à un organisme d'Assurance maladie (OPAM) prenant en charge en 1<sup>er</sup> niveau vos frais de santé, et **a minima obligatoirement les frais d'hospitalisation et les transports sanitaires**  
*Si cette prise en charge de 1<sup>er</sup> 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.*
2. Votre arrêté de nomination ou de titularisation et/ou dernier contrat de travail ou attestation de votre employeur
3. Votre dernier bulletin de salaire depuis votre nouvelle affectation
4. Votre arrêté administratif (congé, détachement ou mise à disposition)
5. Votre premier bulletin de pension émis par la Trésorerie Générale Etranger correspondant à votre situation à l'étranger ou dans une collectivité d'outre-mer (sur lequel figurent les montants bruts et nets de votre pension)
6. 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)
7. Le mandat de prélèvement SEPA ci-joint, complété et signé



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.