

Formulaire de demande de rattachement à MGEN pour un membre de la famille (autre que l'enfant de moins de 16 ans), d'une personne gérée par MGEN au titre de l'assurance maladie obligatoire et qui accompagne celleci partant exercer son activité professionnelle à l'étranger

- Vous êtes membre de la famille d'une personne gérée par MGEN au titre de l'assurance maladie obligatoire. Chaque membre de la famille doit compléter un formulaire
- Vous accompagnez cette personne partant exercer son activité professionnelle à l'étranger et maintenue au régime français de sécurité sociale et vous n'exercez pas d'activité professionnelle ou la cessez.
- MGEN est également habilitée à devenir votre organisme d'assurance maladie obligatoire
- Afin de permettre votre rattachement à MGEN en tant que membre de la famille d'un(e) assuré(e) géré(e) par MGEN, il convient de compléter ce formulaire et de nous le retourner accompagné des justificatifs demandés dans la notice jointe
- Les centres MGEN vous accompagnent dans cette démarche
- N'hésitez pas à nous contacter pour prendre un RDV avec un conseiller MGEN

Toutes nos coordonnées sur mgen.fr

## mgen<sup>\*</sup>

## Centre de Sécurité sociale MGEN

Formulaire de demande de rattachement à MGEN pour un membre de la famille (autre que l'enfant de moins de 16 ans) d'une personne gérée par MGEN au titre de l'assurance maladie obligatoire et qui accompagne celle-ci partant exercer son activité professionnelle à l'étranger (L. 160-4, L 161-1 du code de la sécurité sociale)

MBFAM-ETR 11/2016

A retourner complété et accompagné des pièces justificatives à la Section Extra-Métropolitaine. Toutes nos coordonnées sur mgen.fr

L'ASSURE MGEN		
Nom de famille	Nom d'usage (Facultatif et s'il y a lieu)	
Prénom		
N° de Sécurité sociale ///		
LE MEMBRE DE LA FAMILLE DEMANDANT LE RATTACHEMENT		
Nom de famille	Date de naissance /////	
Nom d'usage (Facultatif et s'il y a lieu)	Lieu de naissance	
	Nationalité ☐ Française ☐ EEE/Suisse ☐ Autres	
Prénom	Sexe ☐ Femme ☐ Homme	
N° de Sécurité sociale (si vous en avez un) / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /		
Adresse du centre vous versant vos prestations Sécurité sociale jusqu'à présent (si différent de MGEN)		
Etes-vous bénéficiaire de la CMU Complémentaire  Oui Non Etes-vous bénéficiaire de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire sant	é (ACS) □ Oui □ Non	
Adresse actuelle		
Code postal ///	Commune	
Téléphone ///	Courriel	
Lien familial avec l'assuré(e) (cochez la case correspondante) Voir notice  Lien familial avec l'assuré(e) (cochez la case correspondante) Voir notice  Lien familial avec l'assuré(e) (cochez la case correspondante) Voir notice  Lien familial avec l'assuré(e) (cochez la case correspondante) Voir notice  Lien familial avec l'assuré(e) (cochez la case correspondante) Voir notice  Lien familial avec l'assuré(e) (cochez la case correspondante) Voir notice  Lien familial avec l'assuré(e) (cochez la case correspondante) Voir notice  Lien familial avec l'assuré(e) (cochez la case correspondante) Voir notice  Lien familial avec l'assuré(e) (cochez la case correspondante) Voir notice  Lien familial avec l'assuré(e) (cochez la case correspondante) Voir notice  Lien familial avec l'assuré(e) (cochez la case correspondante) Voir notice  Lien familial avec l'assuré(e) (cochez la case correspondante) Voir notice  Lien familial avec l'assuré(e) (cochez la case correspondante) Voir notice  Lien familial avec l'assuré(e) (cochez la case correspondante) Voir notice  Lien familial avec l'assuré(e) (cochez la case correspondante) Voir notice  Lien familial avec l'assuré(e) (cochez la case correspondante) (cochez la case cochez la case cochez la case correspondante) (cochez la case cochez la		
ATTESTATION SUR L'HONNEUR A COMPLETER PAR LE MEMBRE DE LA FAM	MILLE	
Je soussigné(e)atteste être membre de la famille d'une personne assurée rattachée à MGEN au titre de l'assurance maladie obligatoire. Je déclare accompagner cette dernière à l'étranger et demande à être géré(e) par MGEN pour la prise en charge de mes frais de santé. J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à porter immédiatement à la connaissance de MGEN tout changement dans la situation exposé ci-dessus.		
J'autorise MGEN à me transmettre des informations dans le cadre de la ges	tion du régime obligatoire de Sécurité sociale par :	
SMS □ Oui □ Non Courriel □ Oui □ Non Téléphone	□ Oui □ Non	
Fait à	Signature du demandeur	
Le ////		
ATTESTATION SUR L'HONNEUR A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)		
Je soussigné(e)attes porter immédiatement à la connaissance de MGEN tout changement dans	te sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à la situation exposée ci-dessus.	
Fait à Le //_///	Signature du demandeur	
La loi rend nassible d'amende et/ou d'emprisonnement auiconaue se rend e	counable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire	

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages indus (article 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but de faire obtenir ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du code de la Sécurité sociale.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 et au décret n° 2015-390 du 3 avril 2015, la Mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant ses assurés dans le cadre de ses missions de gestion du régime obligatoire de sécurité sociale. 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 votre organisme gestionnaire de sécurité sociale et de ses sous-traitants ou prestataires techniques pour la gestion administrative de votre dossier et le traitement de vos droits au titre de l'assurance maladie. Vous bénéficiez, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification qui peuvent être exercés, par courrier accompagné d'un titre 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.



Formulaire de demande de rattachement à MGEN pour un membre de la famille (autre que l'enfant de moins de 16 ans) d'une personne gérée par MGEN au titre de l'assurance maladie obligatoire et qui accompagne celle-ci partant exercer son activité professionnelle à l'étranger

NOTICE

MBFAM-ETR 11/2016

Personnes pouvant prétendre à la qualité de membre de la famille	<ul> <li>Le conjoint de l'assuré social, son concubin ou la personne à laquelle il est lié par un Pacte civil de solidarité (PACS);</li> <li>Les enfants qui poursuivent leurs études, jusqu' à 20 ans;</li> <li>Les enfants qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente d'exercer un travail salarié, jusqu' à 20 ans;</li> <li>L'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au troisième degré de l'assuré social, qui vit au domicile de celui-ci et se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de 14 ans à la charge de l'assuré(e).</li> </ul>
Liste des pièces à fournir dans tous les cas par le membre de la famille demandant le rattachement	
Pour justifier de son identité (quelle que soit sa nationalité)	<ul> <li>Une photocopie lisible de votre carte d'identité en cours de validité (recto/verso), passeport en cours de validité, titre de séjour en cours de validité</li> </ul>
Pour justifier du lien familial avec la personne gérée au titre de l'assurance maladie obligatoire par MGEN	<ul> <li>Selon la situation par rapport à l'assuré(e) géré par MGEN :         <ul> <li>Une photocopie lisible du livret de famille mis à jour ou tout autre document faisant apparaître le lien de parenté avec l'assuré</li> </ul> </li> <li>Une photocopie de l'attestation d'enregistrement du Pacs</li> <li>Une déclaration sur l'honneur attestant de votre situation de concubinage.</li> </ul>
<b>☞</b> Pour percevoir le remboursement des frais de santé	<ul> <li>Un relevé d'identité bancaire précisant le code IBAN (identifiant international de compte) à votre nom</li> <li>Attention : Sans démarche préalable du membre de la famille, le remboursement des frais de santé sera versé sur le compte bancaire de l'assuré. A tout moment, il peut demander, par courrier accompagné d'un RIB à ce que les remboursements soient effectués sur son propre compte bancaire.</li> </ul>
Liste des pièces à fournir selon la situation	
	Une photocopie de votre attestation CMU Complémentaire
Si le membre de la famille bénéficie de de l'ACS	Une photocopie de votre attestation
Si le membre de la famille bénéficie d'une exonération du ticket modérateur	Une photocopie de notification de votre exonération du ticket modérateur