

ADHÉSION

Articles L.861-1 et suivants du code de la Sécurité sociale

Votre identité - à compléter systématiquement

Civilité : Madame Monsieur Sexe : Féminin Masculin

Nom de naissance

Nom d'usage

Prénom

Date de naissance

N° de Sécurité sociale : Code organisme⁽¹⁾

Organisme choisi pour gérer la Complémentaire santé solidaire

Vos coordonnées de contact - à compléter en cas d'adhésion ou de changement d'adresse

Adresse

Code postal Localité

Tél. fixe Tél. portable

E-mail

Liste des membres du foyer ayant choisi cet organisme

NOM - PRÉNOM	Date de naissance	Sexe	N° de Sécurité sociale	Montant annuel de la participation financière
	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/> Code organisme ⁽¹⁾ <input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	€
	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/> Code organisme ⁽¹⁾ <input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	€
	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/> Code organisme ⁽¹⁾ <input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	€
	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/> Code organisme ⁽¹⁾ <input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	€
Montant total				€
<i>Si un des membres du foyer ne souhaite pas bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, rayer son nom et indiquer le nouveau montant total</i>				€

(1) Code « organisme de rattachement Sécurité sociale » indiqué sur l'attestation de droits à l'assurance maladie, nécessaire pour la réception automatique par MGEN des relevés de prestations (ne pas compléter si votre assurance maladie obligatoire est gérée par MGEN).

Votre participation financière

Ce montant est payable en douze échéances, par prélèvement automatique mensuel. Le montant de la première échéance s'élève à euros.

Date de prélèvement⁽²⁾ le 5 du mois le 10 du mois le 30 du mois

Si le montant de la participation financière mensuel est inférieur à 15 euros, celui-ci sera cumulé avec l'échéance suivante jusqu'à atteindre au moins cette somme. Le nombre d'échéances prélevées sera ainsi réduit (précisions dans l'appel de cotisation à venir).

Pour que le droit à la Complémentaire santé solidaire prenne effet :

- Signez ce bulletin et renvoyez-le avant le à l'organisme choisi mentionné ci-dessous.
- Complétez, signez et retournez l'autorisation de prélèvement ci-jointe en joignant un RIB.⁽¹⁾

À réception de ces éléments, vous recevrez un échéancier des prélèvements.

Je reconnais avoir pris connaissance des garanties couvertes par le présent contrat et des conditions d'adhésion figurant dans le document annexé au présent formulaire d'adhésion et j'accepte le bénéfice de la Complémentaire santé solidaire moyennant paiement d'une participation financière.

À :

Le | | | | |

Signature du demandeur
précédée de la mention "**lu et approuvée**"

Cadre réservé à MGEN

MGEN, Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 685 399, 3, square Max-Hymans - 75748 Paris cedex 15.

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 31/12/2020.

Dans le cadre de ses activités, 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 afin de prendre en compte l'adhésion au Règlement mutualiste, d'assurer la gestion du dossier du membre participant et d'organiser la vie institutionnelle relevant des statuts, ainsi que pour répondre à des prescriptions réglementaires. 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. 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. Sans opposition de sa part, les données personnelles du membre participant pourront être utilisées pour des actions commerciales et pour l'envoi d'information sur les produits et services offerts par le groupe MGEN. De même, 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 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.

Le DPO peut être contacté à l'adresse suivante : MGEN – Data Protection Officer – 3 square Max Hymans 75748 PARIS Cedex 15. Les demandes peuvent également être faites sur le site de MGEN à la page : <https://www.mgen.fr/mes-donnees>. Un justificatif d'identité comportant votre signature pourra être demandé le cas échéant.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la 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>

(2) Pour utiliser un autre mode de règlement et obtenir davantage d'informations sur la date de prise d'effet de la Complémentaire santé solidaire, consulter la notice jointe. En cas de renouvellement, sauf envoi d'un nouveau RIB, le montant de la participation financière sera prélevé sur le compte bancaire précédemment désigné.

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 Solutions

Référence Unique de Mandat - RUM :

Intitulé du contrat :

Nom du souscripteur (uniquement s’il est différent du titulaire du compte) :

Identifiant MGEN :

Créancier : MGEN - 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.

Articles L.861-1 et suivants du code de la Sécurité sociale

Garanties Complémentaire santé solidaire		
	Prestations	Prise en charge
Hospitalisation	Forfait journalier hospitalier	Intégrale et sans limitation de durée
	Honoraires	TM ⁽³⁾
Soins courants	Honoraires médicaux	TM
	Honoraires paramédicaux	TM
	Analyses et examens de laboratoire	TM
	Médicaments	TM
	Matériel médical panier de soins Complémentaire santé solidaire ⁽⁴⁾	Prise en charge intégrale (TM + forfait Complémentaire santé solidaire)
	Matériel médical autre	TM
Dentaire	Soins	TM
	Prothèses panier de soins Complémentaire santé solidaire ⁽⁴⁾	Prise en charge intégrale (TM + forfait Complémentaire santé solidaire)
	Prothèses autres	TM
	Orthodontie panier de soins Complémentaire santé solidaire ⁽⁴⁾	Prise en charge intégrale (TM + forfait Complémentaire santé solidaire)
	Orthodontie autre	TM
Optique	Equipements panier de soins Complémentaire santé solidaire ⁽⁴⁾	Prise en charge intégrale (TM + forfait Complémentaire santé solidaire)
	Equipements autres	TM
	Lentilles	TM
Aides auditives	Equipements panier de soins Complémentaire santé solidaire ⁽⁴⁾	Prise en charge intégrale (TM + forfait Complémentaire santé solidaire)
	Équipements autres	TM

(3) TM : Ticket modérateur (participation des assurés non prise en charge par votre organisme d'assurance maladie obligatoire au titre de la couverture maladie de base).

(4) Pour en savoir plus sur les actes pris en charge dans le cadre des paniers de soins Complémentaire santé solidaire, vous pouvez consulter le site du Fonds de la Complémentaire santé solidaire : www.cmu.fr. Les paniers de soins Complémentaire santé solidaire en dentaire, optique et pour les aides auditives comportent a minima les mêmes actes que ceux prévus par les contrats 100% Santé.

Date d'effet et durée de l'adhésion : la Complémentaire santé solidaire démarre à compter du 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion et de l'autorisation de prélèvement dûment complétés, accompagnés d'un relevé d'identité bancaire. Elle est ouverte pour 12 mois. Son renouvellement doit être demandé au plus tôt 4 mois et au plus tard 2 mois avant la date de fin auprès de votre organisme d'assurance maladie obligatoire.

Remboursement des frais de santé : vous n'avez pas à avancer les frais, le professionnel de santé sera directement remboursé. Une fois votre adhésion enregistrée, votre caisse d'assurance maladie obligatoire vous adressera une attestation mentionnant les dates de début et de fin de la Complémentaire santé solidaire pour vous et les membres de votre foyer. Vous devrez alors mettre à jour votre carte Vitale pour faire valoir vos droits auprès des professionnels consultés.

Calcul des participations financières : le montant de la participation financière dépend de l'âge de chaque personne au 1^{er} janvier de l'année d'attribution de la Complémentaire santé solidaire. Il est fixe pendant toute la période de droits.

Règlement des participations financières : le paiement de la participation financière annuelle est opéré par prélèvement mensuel automatique, de 12 échéances. La date de prélèvement est précisée sur l'échéancier qui vous sera transmis dès enregistrement de l'adhésion et du mandat de prélèvement.

Si vous choisissez un autre mode de paiement que le prélèvement bancaire, le mandat de prélèvement ne doit pas nous être retourné. Vous devez nous adresser le montant dû au titre de la première échéance mensuelle par tout autre moyen de paiement, ainsi qu'une déclaration par laquelle vous vous engagez à acquitter les mensualités suivantes avec ce même mode de paiement.

Non-paiement des participations financières : à défaut de paiement des participations financières, votre droit à la Complémentaire santé solidaire peut être interrompu provisoirement ou définitivement. En cas de difficultés financières, contactez-nous.

Changement de situation en cours de Complémentaire santé solidaire : vous devez informer votre organisme complémentaire en cas de naissance, d'adoption, d'arrivée d'un enfant mineur, de décès, de fin de résidence en France. L'arrivée d'un enfant mineur à charge n'entraîne aucun frais supplémentaire pour la période de Complémentaire santé solidaire restant à courir. Le décès ou la fin de résidence en France amène à réviser ou supprimer, pour la personne concernée, le montant de la participation financière.

Important : En cas de rupture anticipée de la Complémentaire santé solidaire, vous devez mettre à jour sans délai votre carte Vitale. À défaut, votre organisme d'assurance maladie peut être amené à vous réclamer le paiement des frais qui auraient été indûment remboursés au professionnel de santé.

Ce courrier vous a été envoyé par MGEN, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 775 685 399, Siège social : 3 square Max Hymans – 75748 Paris Cedex 15.

Vous disposez de droits sur les données vous concernant que vous pouvez exercer par courrier postal à l'adresse suivante :

MGEN - Centre de gestion de la Verrière – Protection des Données – CS10601 La Verrière 6 bis avenue Joseph Rollo - 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex
ou sur le site de MGEN à la page : <https://www.mgen.fr/mes-donnees>.

Le DPO peut être contacté à l'adresse suivante : MGEN – Data Protection Officer – 3 square Max Hymans 75748 PARIS Cedex 15