



Contrat frais de santé La juridiction administrative



GROUPE **viv**

Affiliation

Ajout d'ayant(s) droit

Modification de couverture

Champs à compléter en majuscule et en noir

N° Contrat : 2505-03EBS

N° Gestion : C000031791

Employeur

Nom de l'employeur : CONSEIL D'ETAT

N° SIREN : 1 1 0 0 0 0 2 7 0

Nom de l'établissement : CONSEIL D'ETAT

N° SIRET : 1 1 0 0 0 0 2 7 0 0 0 0 1 4

Affilié(e)

Groupe de population : RETRAITE STOCK

Date de départ à la retraite :

N° de Sécurité Sociale :

Civilité : Mme. M. N° d'affilié(e)* :

Nom de naissance : Nom d'usage* :

Prénom : Date de naissance :

Ville de naissance : Pays de naissance :

Régime : Général (G) Alsace-Moselle (AM) Code organisme de rattachement*(1) :

Adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone : E-mail :

Conjoint Pacsé Concubin
Sexe : F. M. Nom de naissance :
Nom d'usage* : Prénom :
Date de naissance : Ville de naissance : Régime : G AM
N° de Sécurité sociale : Code organisme de rattachement*(1) :

Enfant
Sexe : F. M. Nom de naissance :
Nom d'usage* : Prénom :
Date de naissance : Ville de naissance : Régime : G AM
N° de Sécurité sociale : Code organisme de rattachement*(1) :

Enfant
Sexe : F. M. Nom de naissance :
Nom d'usage* : Prénom :
Date de naissance : Ville de naissance : Régime : G AM
N° de Sécurité sociale : Code organisme de rattachement*(1) :

Enfant
Sexe : F. M. Nom de naissance :
Nom d'usage* : Prénom :
Date de naissance : Ville de naissance : Régime : G AM
N° de Sécurité sociale : Code organisme de rattachement*(1) :

Enfant
Sexe : F. M. Nom de naissance :
Nom d'usage* : Prénom :
Date de naissance : Ville de naissance : Régime : G AM
N° de Sécurité sociale : Code organisme de rattachement*(1) :

Pour les enfants ayant droit au niveau Sécurité sociale, compléter les informations N° de Sécurité sociale et Code organisme de rattachement de la personne à laquelle il est rattaché.

(1) La Mutuelle propose de recevoir automatiquement les relevés de prestations de l'organisme d'Assurance maladie obligatoire. A cet effet, veuillez bien compléter le code organisme de rattachement disponible sur votre attestation de droit à l'Assurance maladie obligatoire. Si vous et vos éventuels ayants droit souhaitez nous transmettre les relevés vous - même, cocher la case ci - après :

Coordonnées bancaires pour le versement de vos prestations et le paiement de vos éventuelles cotisations (ou joindre votre RIB avec ce bulletin) :

Titulaire(s) du compte :

IBAN : BIC :

* Données facultatives



Couverture

Vous souhaitez souscrire à :

Socle

Socle + Option 2

Socle + Option 1

Socle + Option 3

À partir du :

La demande prend effet selon les conditions définies au contrat (cf. notice d'information). L'affiliation est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

Le choix de couverture s'applique pour vous et vos ayants droit, sauf si vous choisissez une couverture différente pour vos ayants droit.

Tout fait générateur intervenu avant la prise d'effet de l'affiliation ne sera pas indemnisé dans le cadre de votre contrat.

Cotisations

Les cotisations seront à votre charge et prélevées mensuellement sur votre compte bancaire. À cet effet, veuillez joindre un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé.

La cotisation est forfaitaire. Elle évolue selon votre âge et votre date de départ à la retraite. La cotisation des ayants droit est forfaitaire. Elle est minorée pour les bénéficiaires du régime Alsace-Moselle.

Le détail de l'ensemble des cotisations est précisé dans la notice d'information.

Cotisations 2026 Régime général - Part due par l'affilié	Socle	+ Option 1	+ Option 2	+ Option 3
Retraité 1ère année	74,07€	+ 12,56€	+ 27,07€	+ 46,91€
Retraité 2ème année	92,59€	+ 12,56€	+ 27,07€	+ 46,91€
Retraité 3ème à 5ème année	111,11€	+ 12,56€	+ 27,07€	+ 46,91€
Retraité 6ème année et plus	129,63€	+ 12,56€	+ 27,07€	+ 46,91€
Conjoint	120,74€	+ 13,82€	+ 29,78€	+ 51,60€
Enfant - 21 ans	37,03€	+ 4,73€	+ 10,19€	+ 17,66€
Enfant 21 ans et +	37,03€	+ 4,73€	+ 10,19€	+ 17,66€

Utilisations de vos données

Vos préférences en termes de communication de la Mutuelle et de ses partenaires :

En tant qu'adhérent, je souhaite bénéficier des communications MGEN sur les services inclus dans mon contrat ainsi que sur des promotions sur les offres et services MGEN

Je souhaite recevoir des actualités et promotions des offres et services des partenaires MGEN relatifs aux questions de santé, de l'accès aux soins, au logement ainsi que de l'accompagnement au quotidien (petite enfance, aide à domicile...).

A tout moment, vous pouvez modifier vos choix dans votre espace personnel et retrouver la liste des partenaires de la mutuelle dans sa politique de confidentialité.

Signature

Vous certifiez l'exactitude de la présente déclaration et vous vous engagez à informer la mutuelle de toute modification de situation.

Vous déclarez avoir pris connaissance des statuts de la mutuelle et de la notice d'information du contrat qui vous ont été remis avant la signature du présent document.

Vous reconnaissez que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle est sanctionnée par la nullité de votre affiliation, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par vous a été sans influence sur la réalisation du risque.

À Le

Signature de l'affilié

Je valide la demande liée à mon affiliation au contrat collectif et atteste de l'exhaustivité et de l'exactitude des données renseignées dans ce document.

Validation de l'employeur

1 exemplaire à conserver.

1 exemplaire à transmettre à : MGEN - FONCTION PUBLIQUE D'ETAT - TSA 41519 - 53106 MAYENNE CEDEX

Contrat collectif souscrit par Conseil d'Etat, sise 1 place du Palais Royal 75001 PARIS, assuré par MGEN, immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. Sise 3, square Max Hymans 75748 Paris cedex 15. Assiste : Ressources Mutuelles Assistance (RMA) Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou CEDEX, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 444 269 682. MGEN et RMA sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris CEDEX 09.

MGEN traite vos données pour la gestion de votre dossier. Pour exercer vos droits sur vos données ou contacter le DPO, vous pouvez envoyer un courrier postal à : MGEN - Centre de services de La Verrière - Protection des Données - CS 10601 La Verrière 6 bis avenue Joseph Rollo - 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex ou vous rendre sur le site : mgen.fr/mes-donnees/. Pour en savoir plus, vous pouvez consulter votre Règlement Mutualiste ou votre Notice d'Information, et la Politique de Confidentialité disponible sur mgen.fr

