



Contrat frais de santé PSC SANTE MEAE AEFE



☒ Affiliation

☐ Ajout d'ayant(s) droit

☐ Modification de couverture

Champs à compléter en majuscule et en noir

N° Contrat : 2601-10EBS

N° Gestion : C990000001

Employeur

Nom de l'employeur : MINISTERE DE L'EUROPE ET DES AFFAIRES ETRANGERES

N° SIREN : 1 1 0 0 0 6 0 1 2

Nom de l'établissement : MINISTERE DE L'EUROPE ET DES AFFAIRES ETRANGERES

N° SIRET : 1 1 0 0 0 6 0 1 2 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 : ☐ Base ☐ Base + Option 1 ☐ Base + Option 2 ☐ Base + 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.

Tout fait générateur intervenu avant la prise d'effet de l'affiliation ne sera pas indemnisé dans le cadre de votre contrat. Vous et votre ayant droit conjoint pouvez souscrire à la garantie Perte d'autonomie en complétant le formulaire dédié.

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. Elle est minorée pour les bénéficiaires du régime Alsace-Moselle. Le détail de l'ensemble des cotisations est précisé dans l'annexe cotisations de la notice d'information.

Cotisations 2026 Régime général - Part due par l'affilié	Base	+ Option 1	+ Option 2	+ Option 3
Retraité 1ère année	79,00€	de + 4,23 € à + 6,15 €	de + 7,19 € à + 11,60 €	de + 8,90 € à + 14,83 €
Retraité 2ème année	98,76€	de + 4,23 € à + 6,15 €	de + 7,19 € à + 11,60 €	de + 8,90 € à + 14,83 €
Retraité 3ème à 5ème année	114,56€	de + 4,23 € à + 6,15 €	de + 7,19 € à + 11,60 €	de + 8,90 € à + 14,83 €
Retraité 6ème année	126,41€	de + 4,23 € à + 6,15 €	de + 7,19 € à + 11,60 €	de + 8,90 € à + 14,83 €
Retraité 7ème année et plus	126,41€	de + 4,23 € à + 6,15 €	de + 7,19 € à + 11,60 €	de + 8,90 € à + 14,83 €

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.

1 exemplaire à conserver.

1 exemplaire à transmettre à : MAEE MGEN CONTRATS COLLECTIFS - TSA 83500 - 35091 RENNES CEDEX 9

Contrat collectif souscrit par le Ministère de l'Europe et des affaires étrangères, sis 37 Quai d'Orsay – 75007 PARIS, et l'Agence pour l'enseignement français à l'étranger, sise 4 Passage Colisée – 93400 SAINT-OUEN-SUR-SEINE, coassuré par la Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE), immatriculée sous le numéro SIREN 775 666 332, sise 1 Rue de l'Abbé Roger Derry, 75730 Paris Cedex 15 et MGEN, immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399, sise 3, square Max Hymans 75748 Paris cedex 15. MAEE et MGEN sont des mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. Assistant : Ressources Mutuelles Assistance (RMA) Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, sise 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou CEDEX, immatriculée sous le numéro SIREN 444 269 682. MAEE, 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/mesdonnees/. Pour en savoir plus, vous pouvez consulter votre Notice d'Information, et la Politique de Confidentialité disponible sur mgen.fr.

