

Bulletin d'adhésion

BA-OGSEFM122015

Je demande mon adhésion à MGEN et celle de mon(ma) conjoint(e) et/ou de mon(mes) enfant(s) bénéficiaire(s) ci-après désigné(e)(s) à compter du 16/02/2017

L'adhésion (ainsi que l'extension de la couverture familiale le cas échéant) prend effet au 1^{er} jour du mois de la demande ou d'un mois indiqué librement dans un délai maximum de 4 mois. Elle est annuelle, à échéance du 31/12 de chaque année et se renouvelle par tacite reconduction. Vous bénéficiez d'un délai de rétractation de 30 jours à compter de la date d'adhésion demandée, à exercer par courrier postal auprès de votre section.

Vous

Êtes-vous déjà adhérent(e) d'une complémentaire santé MGEN : oui non

Civilité Madame Monsieur

Sexe Féminin Masculin

Nom de naissance

S O R E T

Nom d'usage

S O R E T

Prénom

A R I A N E

Date de naissance

26/10/1991

N° de Sécurité sociale

291107521448458

Êtes-vous bénéficiaire du régime Alsace/Moselle ? oui non

Bénéficiez-vous de la CMU complémentaire ? oui non Norm de l'organisme :

Bénéficiez-vous du dispositif de l'Aide à la Complémentaire Santé ? oui non

Adresse de résidence à l'étranger :

Point de remise

A P T 6

Localisation

N°, type et libellé de la voie

~~PAV~~ F I C H M A N S T R E E T

Lieu-dit ou boîte postale

Code postal, localité

3254214 H A I F A

Pays

I S R A E L

Adresse courrier (si différente de l'adresse à l'étranger) :

Adresse

Code postal

Localité

Tel. fixe*

+912581912466

Courriel*

S O R E T

@ C R A N S . O R G

En renseignant votre adresse courriel, vous recevrez un courriel vous permettant d'activer votre espace personnel mgen.fr.

* Je souhaite recevoir des informations sur l'offre MGEN par voie électronique

* Je souhaite recevoir des propositions des partenaires MGEN par voie électronique

À renvoyer à la section départementale.

Situation familiale :

- célibataire concubin(e) pacsé(e) marié(e) séparé(e) divorcé(e) veuf(ve) Depuis le

Situation professionnelle**Nature de votre contrat de travail :**

- Fonctionnaire titulaire depuis le Fonctionnaire stagiaire depuis le 01/09/2012
 Agent non-titulaire }
 CDD } Date de début de votre dernier contrat :
 CDI }

Employeur

ECOLE POLYTECHNIQUE
DOCTORANT

Profession⁽¹⁾Êtes-vous en arrêt de travail ? oui non**Votre conjoint(e)**

À ne compléter que si vous souhaitez lui étendre votre couverture familiale

Civilité Madame MonsieurSexe Féminin Masculin

Nom de naissance

Nom d'usage

Prénom

Date de naissance

N° de Sécurité sociale

Est-il/elle bénéficiaire du régime Alsace/Moselle ? oui nonBénéficie-t-il/elle de la CMU complémentaire ? oui non Nom de l'organisme :Bénéficie-t-il/elle du dispositif de l'Aide à la Complémentaire Santé ? oui non**Situation professionnelle :**

Employeur

- Activité professionnelle dans une association dédiée à un/des secteur(s) d'activité suivant(s) :
Éducation, enseignement scolaire et universitaire, santé scolaire, information et orientation scolaire, formation et insertion professionnelle, culture, communication, patrimoine, recherche, écologie et développement durable, jeunesse et sports.

- étudiant(é) fonctionnaire ou contractuel(le) de la fonction publique salarié(e) travailleur non salarié
 retraité(e) demandeur d'emploi sans profession

Votre(vos) enfant(s) à charge

À ne compléter que si vous souhaitez lui/leur étendre votre couverture familiale santé

L'un de vos enfants bénéficie-t-il de la CMU complémentaire ? oui nonL'un de vos enfants bénéficie-t-il de l'Aide à la Complémentaire Santé ? oui non

NOM

PRÉNOM

Date de naissance

Sexe

Sexe	Étudiant(e) ⁽²⁾
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>

(1) Cf tableau des situations professionnelles page 5

(2) Case « étudiant(e) » à cocher dans les cas suivants : étude supérieure post BAC (BTS, IUT, classe préparatoire, université, école de commerce, etc.), formation en alternance, contrat d'apprentissage ou de professionnalisation.

Modalités de règlement de ma cotisation

Je m'engage à acquitter ma cotisation et le(s) complément(s) de cotisation afférent(s) à ma couverture familiale en autorisant l'organisme liquidateur de mon traitement à en opérer le précompte selon les règles, taux et montants prévus aux règlements mutualistes MGEN (remplir l'autorisation de précompte ci-jointe).

Dans le cas où cet organisme ne serait pas en mesure d'appliquer le précompte sur mon salaire, je choisis un autre mode de règlement :

- En 12 fois par prélèvement, suivant un échéancier qui me parviendra au plus tard 5 jours avant la date du 1^{er} prélèvement, par prélèvement mensuel sur compte bancaire (remplir le mandat de prélèvement SEPA ci-joint).
- En une seule fois, par chèque libellé à l'ordre de MGEN adressé à ma section départementale, dans les délais prévus à l'appel de cotisation.

Je certifie l'exactitude de la présente déclaration et je m'engage à informer la mutuelle de toute modification de situation et notamment en cas d'arrêt de travail.

Je déclare avoir pris connaissance des statuts et règlements mutualistes de MGEN, MGEN Action sanitaire et sociale, MGEN Centres de santé, MGEN Vie et MGEN Filia, des taux et montants de cotisation appliqués aux adhérents de la section extra métropolitaine, qui m'ont été remis avant la signature du présent bulletin d'adhésion.

A K A I F A

Le 16 02 2017

Signature

Cadre réservé à MGEN

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, 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 la mutuelle et de ses sous-traitants ou prestataires techniques.

Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition par courrier accompagné d'un justificatif 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. Si vous ne souhaitez pas recevoir d'information sur l'offre MGEN, veuillez cocher la case ci-contre Vos données pourront être cédées aux partenaires de la mutuelle à des fins de prospection. Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre

Toute demande de réclamation doit être formulée auprès de : MGEN - Gestion des Réclamations - 3 square Max-Hymans - 75748 Paris cedex 15.

Toute personne qui a adhéré à la mutuelle a la faculté d'y renoncer pendant un délai de trente jours à compter du moment où elle est informée que son adhésion a pris effet. La renonciation entraîne le remboursement des cotisations par la mutuelle et des prestations perçues par l'adhérent. Elle peut être faite par l'envoi à MGEN, par lettre recommandée avec avis de réception, d'un courrier dans les termes suivants : « Je vous informe que j'exerce ma faculté de renonciation à l'adhésion à MGEN. Je vous remercie de bien vouloir m'adresser le remboursement des sommes que j'ai versées au titre de mon adhésion dans un délai de trente jours calendaires à compter de la réception de la présente ».

Autorisation de précompte

BA-OGSEM122015

Cachet du centre de service

N° de Sécurité sociale 291 107521448458

Je soussigné(e) SORET ARIANE

(nom d'usage, nom de naissance, prénom)

Né(e) le 06/10/1991

Demeurant (adresse complète) 17 RUE TOBBE-DUNAL

75015 PARIS, FRANCE
Employeur / Trésorerie générale ÉCOLE POLYTECHNIQUE

Autorise mon employeur ou liquidateur de ma pension civile à opérer le précompte de ma cotisation et des compléments de cotisations relatifs à mes bénéficiaires en cas d'extension de ma couverture familiale selon les règles, taux et montants prévus aux règlements mutualistes MGEN

A Haïfa Le 16 02 2017 Signature

A renseigner par MGEN :

Adhésion à l'offre référencée du ministère de l'Éducation nationale

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce mandat, vous autorisez MGEN à envoyer des instructions à votre banque pour débitier votre compte, et votre banque à débitier 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 : SORET ARIANE

Adresse : 17 RUE TOBBE-DUNAL

Code postal : 75015 ville : PARIS

Pays : FRANCE

Coordonnées du compte

N° d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

FR7630003038940005611474862

Code International d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code) SOGEFRPP

Type de paiement

Paiement récurrent

A Haïfa Le 16 02 2017 Signature

Zone réservée à MGEN

Référence Unique de Mandat - RUM :

Intitulé du contrat :

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

Identifiant MGEN :

Créancier : MGEN - 3 square Max Hymans - 75748 PARIS Cedex 15 - FRANCE

ICS : FR42ZZ141941

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectifications tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

A renvoyer à la section départementale.