

SIGNATURE

J'atteste avoir été informé(e) avant mon adhésion de l'ensemble de mes droits et obligations par la remise d'un exemplaire des statuts de la MGET, d'un exemplaire des statuts de la MGET Action Solidaire, d'un exemplaire du règlement des garanties de la MGET et de ses annexes, d'un exemplaire du règlement de l'action solidaire et sociale de la MGET Action Solidaire, dont je déclare accepter les termes, ainsi que des notices d'information des contrats de la formule de garanties souscrite. J'atteste également avoir été informé(e) du montant de mes cotisations par la remise d'un document spécifique. Je certifie l'exactitude des renseignements déclarés ci-dessus. Je m'engage à signaler à la MGET toute modification sur les renseignements fournis.

En cas de souscription à distance, je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour renoncer à l'adhésion à la Mutuelle. Ce délai commence à courir à compter du jour de prise d'effet de l'adhésion.

En application des statuts de la Mutuelle, je deviens, à compter de mon adhésion membre participant du groupe 2, abonné à la publication trimestrielle "MGET Mag", et membre participant de la MGET Action Solidaire, Mutuelle dédiée de la MGET.

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978, les informations demandées, à l'exception de celles signalées par un (1), 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 adressé à la Division Juridique de la Mutuelle Générale Environnement & Territoires, 76/78 avenue de Fontainebleau, 94274 Le Kremlin-Bicêtre cedex. Sauf opposition expresse de votre part, ces informations peuvent être transmises aux partenaires de la Mutuelle. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre :

L'adhésion prend effet au premier du mois suivant la réception du Bulletin d'adhésion par la Mutuelle. Si vous souhaitez adhérer à une date postérieure, indiquez le 1^{er} jour du mois d'adhésion souhaité .../.../...

L'adhésion prend effet au premier du mois suivant la réception du Bulletin d'adhésion par la Mutuelle. Si vous souhaitez adhérer à une date postérieure, indiquez le 1^{er} jour du mois d'adhésion souhaité .../.../...

Fait à le,.....

Signature de l'adhérent

Merci d'adresser ce bulletin à votre section locale

Les informations mentionnées dans le présent bulletin sont valables jusqu'au 31/12/2012.

(1) Information facultative.

(2) Joindre un relevé d'identité bancaire

MES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

N° Sécurité sociale : /..... /..... /..... /..... /..... /..... Régime Alsace Moselle : oui non

Nom d'usage : Prénom : Nom de jeune fille :

Né(e) le : /..... /..... à

Adresse :

Code postal : Localité :

En indiquant votre numéro de téléphone et/ou votre adresse électronique, vous acceptez de recevoir des informations sur les offres MGET par voie électronique

Tél domicile⁽¹⁾ : Tél portable ⁽¹⁾ : Tél prof.⁽¹⁾ :

E-mail personnel ⁽¹⁾ :@.....

E-mail professionnel ⁽¹⁾ :@.....

Situation familiale : célibataire marié(e) veuf(ve) divorcé(e) séparé(e) pacsé (e) en concubinage

Date du mariage ou de la signature du PACS : /..... /.....

Situation professionnelle : Salarié commerçant Artisan Profession libérale autre : préciser :

MA FAMILLE (les ayants droit mutualistes bénéficient obligatoirement de la même garantie frais de santé que celle choisie par le membre participant)

◆ Mon conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS ⁽²⁾ à ma charge au sens de la Sécurité sociale à inscrire en qualité d'ayant droit mutualiste :

N° Sécurité sociale : /..... /..... /..... /..... /..... /..... Régime Alsace Moselle : oui non

Nom : Prénom :

Né(e) le : /..... /..... à

E-mail ⁽¹⁾ :@.....

Tél domicile ⁽¹⁾ :

Tél portable ⁽¹⁾ : Tél prof.⁽¹⁾ :

Ses remboursements frais de santé doivent être versés sur : mon compte bancaire son compte bancaire ⁽¹⁾

◆ Mes enfants à inscrire en tant qu'ayants droit mutualistes :

→ mes enfants de moins de 20 ans et ayants droit Sécurité sociale

→ mes enfants âgés de moins de 28 ans s'ils sont affiliés au régime de la Sécurité sociale des étudiants ou si leur revenu annuel est inférieur au plafond des ressources donnant droit à la CMU.

Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	Remboursements frais de santé à verser sur son compte bancaire ?
..... /..... /.....	<input type="checkbox"/> oui ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> non
E-mail ⁽¹⁾ :@..... /..... /.....	<input type="checkbox"/> oui ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> non
E-mail ⁽¹⁾ :@..... /..... /.....	<input type="checkbox"/> oui ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> non
E-mail ⁽¹⁾ :@..... /..... /.....	<input type="checkbox"/> oui ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> non
E-mail ⁽¹⁾ :@..... /..... /.....	<input type="checkbox"/> oui ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> non

L'Autorité de contrôle Prudential - 61, rue Taitbout -75436 Paris cedex 09, est chargée du contrôle de la MGET. La relation entre la Mutuelle et le membre participant est régie par le droit français et la langue utilisée est le français.

* MGET Action Solidaire, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée au registre national des mutuelles sous le n° 492 715 651.

**CNP Assurances : Société Anonyme au capital de 594 151 292 € entièrement libéré. 341 737 062 RCS Paris - Agissant en son nom pour les activités vie – CNP - IAM : Société Anonyme au capital de 30 500 000 € entièrement libéré. 383 024 189 RCS Paris – Pour les activités non vie – Entreprises régies par le Code des assurances – Siège social : 4, Place Raoul Dautry – 75716 PARIS CEDEX 15.

JE CHOISIS MA FORMULE DE GARANTIES

Je demande à adhérer à la MGET et je choisis la formule de garanties suivante, un seul choix possible :

MON OFFRE INITIALE NIVEAU I

ou

MON OFFRE INITIALE NIVEAU II

Vous pouvez renforcer la formule de garanties Mon Offre Initiale niveau II avec les garanties facultatives (ci-dessous)

ou

MON OFFRE IDÉALE

Vous pouvez renforcer la formule de garanties Mon Offre Idéale avec les garanties et contrats facultatifs (page 3)

DESCRIPTIFS DES FORMULES DE GARANTIES – CHOIX DES GARANTIES ET CONTRATS FACULTATIFS

choix I

MON OFFRE INITIALE NIVEAU I

Mes Garanties et Contrats obligatoires

En souscrivant à la formule de garanties **Mon Offre Initiale niveau I**, je bénéficie :

- ◆ de la garantie **Frais de Santé Mon Offre Initiale niveau I**
- ◆ de la garantie de conseil **MGET Présence**
- ◆ des prestations d'action sociale de la **MGET** et de la **MGET Action Solidaire*** définies par son règlement de l'action solidaire et sociale

choix II

MON OFFRE INITIALE NIVEAU II

Mes Garanties et Contrats obligatoires

En souscrivant à la formule de garanties **Mon Offre Initiale niveau II**, je bénéficie :

- ◆ de la garantie **Frais de Santé Mon Offre Initiale niveau II**
- ◆ de la garantie d'assistance **MGET Solidaritel**
- ◆ des prestations d'action sociale de la **MGET** et de la **MGET Action Solidaire*** définies par son règlement de l'action solidaire et sociale

Mes Garanties Facultatives

En souscrivant à la formule de garanties **Mon Offre Initiale Niveau II**, je peux renforcer ma couverture prévoyance avec les garanties facultatives suivantes :

◆ la garantie **Maintien de Rémunération**

Je souscris à la garantie **Maintien de Rémunération** et je choisis le niveau d'indemnisation en fonction de mes revenus :

770 € | 1 150 € | 1 550 € | 1 950 € | 2 500 € | 3 000 €

NB : Se reporter à l'annexe 8 du règlement des garanties. La souscription à la garantie et le changement de niveau d'indemnisation ne peuvent s'effectuer en cas d'arrêt de travail à la date de prise d'effet de la garantie. Au moment de l'adhésion à la Mutuelle un délai d'attente de 180 jours s'applique. Les arrêts de travail nés pendant ce délai ne seront jamais indemnisés par la Mutuelle.

Je suis en arrêt de travail : Oui Non Si oui, depuis le : / /

◆ le contrat d'assurance collective facultatif en cas d'incapacité et d'invalidité n° 6064 R souscrit par la MGET auprès de **CNP Assurances****

Je suis âgé(e) de moins de 45 ans et je souhaite souscrire au contrat incapacité/invalidité. Je remplis le bulletin d'adhésion correspondant.

choix III

MON OFFRE IDÉALE

Mes Garanties et Contrats obligatoires

En souscrivant à la formule de garanties **Mon Offre Idéale**, je bénéficie :

- ◆ de la garantie **Frais de santé Mon Offre Idéale**
- ◆ de la garantie d'assistance **MGET Solidaritel**
- ◆ des prestations d'action sociale de la **MGET** et de la **MGET Action Solidaire*** définies par son règlement de l'action solidaire et sociale

Mes Garanties et Contrats facultatifs

En souscrivant à la formule de garanties **Mon Offre Idéale**, je peux renforcer ma couverture santé et/ou prévoyance avec les garanties et contrats facultatifs suivants :

◆ les surcomplémentaires santé

Je souscris à **Santé+** ou **Pharma+**

pour moi-même

Santé+

ou

Pharma+

pour mes ayants droit dont je précise les noms et prénoms :

1.

2.

3.

4.

◆ la garantie **Maintien de Rémunération**

Je souscris à la garantie **Maintien de Rémunération** et je choisis le niveau d'indemnisation en fonction de mes revenus :

770 €

| 1 150 €

| 1 550 €

| 1 950 €

| 2 500 €

| 3 000 €

NB : Se reporter à l'annexe 8 du règlement des garanties La souscription à la garantie et le changement de niveau d'indemnisation ne peuvent s'effectuer en cas d'arrêt de travail à la date de prise d'effet de la garantie. Au moment de l'adhésion à la Mutuelle un délai d'attente de 180 jours s'applique. Les arrêts de travail nés pendant ce délai ne seront jamais indemnisés par la Mutuelle.

Je suis en arrêt de travail : Oui Non

Si oui, depuis le : / /

◆ le contrat d'assurance collective facultatif en cas d'incapacité et d'invalidité n° 6064 R souscrit par la MGET auprès de **CNP Assurances****

Je suis âgé(e) de moins de 45 ans et je souhaite souscrire au contrat incapacité/invalidité. Je remplis le bulletin d'adhésion correspondant.

◆ le contrat d'assurance collective en cas de dépendance n°6065S souscrit par la MGET auprès de **CNP Assurances****

Je suis âgé(e) de moins de 70 ans et je souhaite souscrire au contrat Dépendance. Je remplis le bulletin d'adhésion correspondant.

DOCUMENTS À FOURNIR

- Une copie de votre pièce d'identité

- Votre attestation Vitale

- Votre RIB

- Une autorisation de prélèvement sur compte bancaire

- La copie de votre dernière déclaration fiscale si vos revenus annuels sont inférieurs au montant du plafond maximum de ressources annuelles donnant droit à la CMU Complémentaire.

- **Si vous souhaitez souscrire à la garantie **Maintien de Rémunération**** : la copie de vos trois derniers bulletins de salaire ou, si vous n'êtes pas salarié(e), de votre dernier justificatif de revenus

- Les bulletins d'adhésion aux garanties et contrats facultatifs auxquels vous souhaitez souscrire