

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU MEMBRE PARTICIPANT

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

Né(e) le / / à

N° Sécurité sociale : / / / /

Adresse :

Code postal : Localité :

En indiquant votre numéro de téléphone et/ou votre adresse électronique, vous acceptez de recevoir des informations sur les offres M.G.E.T. par voie électronique

Tél fixe (1) Tél portable (1)

Adresse électronique (1) : @.....

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

Depuis le : / /

MA SITUATION PROFESSIONNELLE

Profession : Employeur : Service :

Date d'entrée dans la Fonction publique : / / Département du lieu de travail :

Statut : Titulaire Non-titulaire Contractuel Retraité Autre, préciser

Catégorie statutaire : Catégorie A Catégorie B Catégorie C

Pour les agents en activité : Etes-vous en arrêt de travail ? non oui, jusqu'au / /

ENFANTS A CHARGE A INSCRIRE EN QUALITÉ D'AYANTS DROIT

NOM	Prénom	Date de naissance	Remboursements frais de santé à verser sur son compte bancaire ?
.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui (3) <input type="checkbox"/> non
.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui (3) <input type="checkbox"/> non
.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui (3) <input type="checkbox"/> non
.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui (3) <input type="checkbox"/> non
.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui (3) <input type="checkbox"/> non

▶ Les nouveaux nés bénéficient de la gratuité jusqu'au premier anniversaire de naissance ou d'adoption.

▶ La cotisation "enfant" est gratuite à partir du troisième enfant à charge inscrit au sens du règlement mutualiste.

CONJOINT, CONCUBIN OU PARTENAIRE DE PACS(2) A INSCRIRE EN QUALITE D'AYANT DROIT

N° Sécurité sociale : / / / /

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

Né(e) le / / Régime Alsace Moselle oui non

Remboursements frais de santé versés sur son compte bancaire ? oui (3) non

(1) Information facultative.

(2) Joindre un engagement du pacte civil de solidarité

(3) Joindre un relevé d'identité bancaire ou postale.

LES GARANTIES OBLIGATOIRES

▶ LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

▶ LES GARANTIES DE PRÉVOYANCE associées souscrites par la M.G.E.T. auprès de la Mutuelle Générale de Prévoyance*

Les membres participants bénéficient des garanties de prévoyance associées suivantes :

- Assistance Vie de tous les jours, service de France Prévoyance Assistance**
- Garantie frais d'obsèques
- Indemnités journalières

▶ PAR VOTRE AFFILIATION À LA M.G.E.T., vous bénéficiez automatiquement des prestations de la MGET Action sociale*** définies par son règlement de l'action solidaire et sociale

▶ EN ADHÉRANT À L'OFFRE FAMILIALE SANTÉ, VOUS DEVEZ ÊTRE MEMBRE PARTICIPANT DU GROUPE 4 DE LA MUTUELLE et abonné de la publication trimestrielle de la Mutuelle : M.G.E.T. Magazine.

LES GARANTIES FACULTATIVES

▶ LA SURCOMPLÉMENTAIRE FAMILIALE PHARMA + OU FAMILIALE SANTÉ +

Je souscris à la garantie optionnelle pour moi-même et l'ensemble de mes ayants droit inscrits à la Mutuelle : Familiale Pharma+ ou Familiale Santé+

▶ LA GARANTIE N° I-01 EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE

Je souscris le niveau d'indemnisation : 770 € 1 150 € 1 950 € 2 500 € 3 000 €

La souscription de la garantie n° I01 en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente ne peut s'effectuer en cas d'arrêt de travail à la date de prise d'effet de la garantie.

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

DOCUMENTS À FOURNIR

- Une copie de votre pièce d'identité
- Votre attestation Sécurité sociale
- Votre RIB ou votre RIP
- Une autorisation de prélèvement si les cotisations ne font pas l'objet d'un précompte
- Votre dernier bulletin de paie, ou pour les retraités, votre dernier bulletin de pension

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. Sauf opposition expresse de votre part, ces informations peuvent être transmises aux partenaires de la Mutuelle. En indiquant votre numéro de téléphone et/ou votre adresse électronique, vous acceptez de recevoir des offres MGET par voie électronique. 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, 76178 avenue de Fontainebleau, 94274 Le Kremlin Bicêtre cedex.

En cas de souscription à distance, vous disposez d'un délai de 30 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.

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 M.G.E.T., d'un exemplaire des statuts de la MGET Action Sociale, d'un exemplaire des règlements mutualistes de la M.G.E.T., d'un exemplaire du règlement de l'action solidaire et sociale de la MGET Action sociale, dont je déclare accepter les termes, ainsi que des notices d'information des contrats mentionnés dans le présent bulletin. J'atteste également avoir obtenu un document indiquant le montant de mes cotisations. Je certifie l'exactitude des renseignements déclarés ci-dessus. Je m'engage à signaler à la M.G.E.T. toute modification sur les renseignements fournis.

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 1er jour du mois d'adhésion souhaité.

Fait à le, / /

Signature de l'adhérent

ESPACE RÉSERVÉ À LA SECTION

Section de vote : Département de gestion :

Indice nouveau majoré de l'adhérent : Service d'affectation :

Coordonnées du précompte de l'adhérent : Service gestionnaire :

Employeur : Centre de paie :

code ministère :

L'Autorité de contrôle des Assurances et des Mutuelles- 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 écrite en langue française.

* Mutuelle Générale de Prévoyance, 39, rue du Jourdil- 74960 Cran- Grevrier,

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée au registre national des mutuelles sous le n° 337 682 660.

** Inter Mutuelles Assistance SA, SA à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 22 860 000 €, entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : 118, avenue de Paris- 79033 Niort.

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