

MES RENSEIGNEMENTS PERSONNELSN° 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 : /..... /.....

MA SITUATION PROFESSIONNELLE

Profession : Employeur : Service :

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

Statut : Titulaire Non-titulaire Contractuel(le) Retraité(e) Autre, préciser :Catégorie statutaire : Catégorie A Catégorie B Catégorie C Autre, préciser :► **Je suis en activité :**

- J'indique mon Indice Nouveau Majoré (INM) ou ma rémunération brute annuelle :

- Je suis en activité à temps partiel : non oui, je précise la quotité de travail :- Je suis en arrêt de travail : non oui, jusqu'au /..... /.....► **Je suis retraité :**

- J'indique mon Indice Nouveau Majoré (INM) à la date de mon départ en retraite :

MA FAMILLE► **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⁾ :@.....Ses remboursements frais de santé doivent être versés sur : mon compte bancaire son compte bancaire ⁽³⁾► **Mes enfants à ma charge au sens de la Sécurité sociale à inscrire en qualité d'ayants droit mutualistes :**

NOM	Prénom	Date de naissance	N° de sécurité sociale	Remboursements frais de santé à verser sur 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 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 la langue utilisée est le français.

Mutuelle Générale Environnement & Territoires
76178 avenue de Fontainebleau
94274 Le Kremlin-Bicêtre Cedex

La Mutuelle est soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée au registre national des mutuelles sous le n° 775 671 910.

*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.

**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.

MES GARANTIES ET CONTRATS OBLIGATOIRES

► LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

► LA GARANTIE PERTES DE RESSOURCES

NB : Au moment de l'adhésion à la Mutuelle un délai de carence de 180 jours s'applique. Les arrêts de travail nés pendant ce délai ne seront pas pris en charge par la Mutuelle, l'adhérent ne pourra alors bénéficier des prestations Pertes de ressources qu'après une reprise d'activité d'au moins 180 jours continus.

► LE CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE EN CAS D'INCAPACITÉ, D'INVALIDITÉ N° 5655 X souscrit par la MGET auprès de CNP Assurances*

NB : Les membres participants en arrêt de travail depuis plus de trois mois continus au moment de l'adhésion à la Mutuelle, ne seront admis à l'assurance que dès lors qu'ils justifient d'une reprise d'activité à temps plein d'au moins 180 jours continus.

► LE CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE EN CAS DE DÉPENDANCE N° 5643 J souscrit par la MGET auprès de CNP Assurances* pour les adhérents âgés de 40 ans ou plus

NB : Les membres participants qui se trouvent déjà en état de dépendance ou en unité de long séjour ou en section de cure médicale au moment de leur demande d'adhésion à la Mutuelle ou d'adhésion au contrat, ne seront pas admis à l'assurance.

Je suis en état de dépendance ou hébergé en unité de long séjour ou en section de cure médicale : Oui Non
Pour les membres participants de 60 ans et plus au moment de leur adhésion, une attestation sur l'honneur écrite par eux-mêmes et un certificat médical établi par le médecin traitant, certifiant qu'ils ne sont pas en état de dépendance

► LA GARANTIE ASSURANCE TEMPORAIRE EN CAS DE DÉCÈS N° DC 01 pour les adhérents âgés de 30 à 39 ans. L'âge limite peut être reporté à 45 ans pour les agents recrutés après l'âge de 40 ans et présents depuis un an au plus dans la Fonction publique.

Je suis adhérent depuis moins de 3 ans et je suis en état de dépendance ou hébergé en unité de long séjour ou en section de cure médicale : Oui Non

Sont également couverts par la garantie décès et à titre obligatoire :

- mon conjoint (ou assimilé) âgé de moins de 40 ans ou de 45 ans en cas de mariage, et inscrit à la Mutuelle ;

- mes enfants à charge inscrits à la Mutuelle.

Je remplis le formulaire de souscription correspondant à cette garantie.

A défaut de désignation de bénéficiaire expresse, la formule générale prévue par les conditions générales de la garantie s'appliquera. Si vous souhaitez remplir une désignation de bénéficiaire différente, vous devez vous adresser à votre section de proximité afin d'obtenir un formulaire pré imprimé, ou adresser à la Mutuelle une désignation spécifique. La désignation de bénéficiaire peut être effectuée par acte sous seing privé, au moyen d'un simple courrier du membre participant daté et signé, ou par acte authentique.

La modification de cette désignation peut être faite par le membre participant à tout moment, ce droit de révoquer la désignation n'appartient qu'au membre partici pant. Toutefois, l'acceptation par un bénéficiaire, dans les conditions prévues au paragraphe suivant, rend irrévocable sa désignation, sauf exceptions légales. La révocation de la désignation acceptée nécessite que le bénéficiaire acceptant y consente expressément.

Pour être valable, l'acceptation par un bénéficiaire de la désignation effectuée par le membre participant doit être rédigée sous la forme d'un avenant aux présentes signé de la Mutuelle, du membre participant et du bénéficiaire. Elle peut également être effectuée par acte authentique ou sous seing privé, signé du membre participant et du bénéficiaire. Elle n'a alors de valeur à l'égard de la Mutuelle que si elle lui a été notifiée.

Lorsque la désignation de bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que dans un délai de trente jours au moins à compter de l'adhésion du membre participant.

Après le décès du membre participant, l'acceptation est libre.

Attention nous vous conseillons de :

- Désigner les bénéficiaires de préférence par la qualité (conjoint, concubin...), plutôt que par les noms et prénoms
- Rester vigilants aux implications de vos changements de situation personnelle (mariage, naissance, divorce...).
- Conserver une copie de votre désignation de bénéficiaires afin de pouvoir vous y référer
- Garder la confidentialité de cette désignation de bénéficiaire

► PAR MON AFFILIATION À LA MGET, JE BÉNÉFICIE AUTOMATIQUEMENT DES PRESTATIONS DE LA MGET ACTION SOCIALE** définies par son règlement de l'action solidaire et sociale.

► EN ADHÉRANT À LA MUTUELLE, JE DEVIENS MEMBRE PARTICIPANT DU GROUPE I et abonné(e) à la publication trimestrielle de la Mutuelle : MGET Magazine.

MES GARANTIES ET CONTRATS FACULTATIFS

► LES SURCOMPLÉMENTAIRES SANTÉ

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

pour moi-même

pour mon conjoint ayant droit

Santé+ ou **Pharma+** pour mes ayants droit dont je précise les noms et prénoms :

1.

2.

3.

4.

► LA SURCOMPLÉMENTAIRE PERTE SUR RÉMUNÉRATIONS ANNEXES

Je souscris à la surcomplémentaire "Perte sur rémunérations annexes" et je choisis le niveau d'indemnisation :

5 €/j 10 €/j 15 €/j 20 €/j 30 €/j 40 €/j 60 €/j 80 €/j 100 €/j 150 €/j

NB : La souscription à la surcomplémentaire 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.

LA GARANTIE ASSURANCE TEMPORAIRE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS N° DC 01 de la MGET pour les adhérents âgés de moins de 30 ans

Je souhaite souscrire à la garantie décès facultative pour les moins de 30 ans. Je remplis le bulletin d'adhésion correspondant.

LE CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE EN CAS DE DÉPENDANCE N° 5643 J FACULTATIF souscrit par la MGET auprès de CNP Assurances* pour les adhérents de moins de 40 ans

Je suis âgé(e) de moins de 40 ans et souhaite souscrire au contrat facultatif en cas de dépendance. Je remplis le bulletin d'adhésion correspondant.

LA SURCOMPLÉMENTAIRE DÉPENDANCE

Je suis âgé(e) de 50 à 60 ans et je souhaite souscrire au contrat assurance collective facultatif complémentaire en cas de dépendance n° 5643 J souscrit par la MGET auprès de CNP Assurances*. Je remplis le bulletin d'adhésion correspondant.

Vous pouvez retirer les bulletins d'adhésion aux garanties et contrats facultatifs auprès de votre section, ou appeler la plateforme téléphonique afin qu'ils vous soient envoyés.

DOCUMENTS À FOURNIR

- Une copie de votre pièce d'identité
- Votre attestation carte Vitale
- Votre RIB
- 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
- Les bulletins d'adhésion aux garanties et contrats facultatifs auxquels vous souhaitez souscrire

PRÉCOMPTE

J'autorise la Trésorerie générale ou mon employeur à précompter sur mon traitement ou salaire ma cotisation et mes compléments, notamment ceux relatifs à la couverture de mes ayants droit, selon les règles, taux et montants prévus aux règlements mutualistes de la MGET.

Fait à le,

Signature de l'adhérent

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978, les informations demandées, à l'exception de celles signalés 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.

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 Sociale, d'un exemplaire des règlements mutualistes de la MGET, 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 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 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.

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

Les informations mentionnées dans le présent bulletin sont valables jusqu'au 31/12/2010.

(1) Information facultative. (2)Joindre un engagement du pacte civil de solidarité. (3) Joindre un relevé d'identité bancaire.

ESPACE RÉSERVÉ À LA SECTION

SECTION DE VOTE : **INDICE NOUVEAU MAJORÉ DE L'ADHÉRENT :**

COORDONNÉES DE PRÉCOMPTE DE L'ADHÉRENT :

EMPLOYEUR : **SERVICE D'AFFECTATION :**

CODE MINISTÈRE : **SERVICE GESTIONNAIRE :**

DÉPARTEMENT DE GESTION : **CENTRE DE PAIE :**