

1, rue de l'abbé Roger Derry
75730 PARIS cedex 15
Tél : 01 43 17 54 00 – Télécopie : 01 43 17 54 44
Numéro d'immatriculation au Registre National des Mutuelles 775 666 332
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité
Mél : secretariat@mutuelle-mae.fr

MGEN, Mutuelle Générale de l'Éducation nationale, n° 775 685 399, et
MGEN VIE, n°441 922 002 - Mutuelles soumises aux dispositions du livre II
du code de la mutualité – Sièges sociaux : 3, square Max Hymans 75748
PARIS CEDEX 15 - 01 40 47 20 20

BULLETIN D'ADHESION en présentation conjointe

A la Mutuelle des Affaires Etrangères pour les garanties maladie-accident, à la MGEN pour les garanties indemnité pour perte de traitement et invalidité permanente et absolue, et à MGEN VIE pour les garanties décès et rente survie, ainsi qu'au contrat assistance souscrit par la MAE auprès d'IMA (art L 221-3 du code de la mutualité)

- Je soussigné(e) : NOM** Prénom
- déclare avoir pris connaissance et en accepte les termes, des statuts, du règlement mutualiste et du règlement intérieur de la Mutuelle des Affaires étrangères qui m'ont été remis avant la signature du bulletin d'adhésion, et demande à y adhérer et à bénéficier des prestations maladie accident qu'ils prévoient
 - déclare avoir pris connaissance et en accepte les termes, des statuts et du règlement mutualiste 3 de la MGEN qui m'ont été remis avant la signature du bulletin d'adhésion, et demande à y adhérer et à bénéficier des prestations indemnité pour perte de traitement et invalidité permanente et absolue qu'ils prévoient.
 - déclare avoir pris connaissance et en accepte les termes, des statuts et du règlement mutualiste 2 de MGEN VIE, qui m'ont été remis avant la signature du bulletin d'adhésion, et demande à y adhérer et à bénéficier des prestations décès et rente survie qu'ils prévoient.
 - déclare avoir pris connaissance de la notice d'information sur les garanties d'assistance souscrites par la MAE auprès d' Inter Mutuelles Assistance, qui m'a été remise avant la signature du bulletin d'adhésion, pour sa cotisation spécifique et en accepte les termes.

MODALITES DE REGLEMENT DE LA COTISATION

Je m'engage à acquitter la cotisation globale MAE, MGEN, MGEN VIE, IMA en autorisant la MAE à effectuer la retenue de cette cotisation globale dont je suis redevable par précompte mensuel sur mon traitement. En cas d'impossibilité de précompte, cette cotisation globale fera l'objet d'un prélèvement automatique mensuel sur mon compte courant. Je m'engage à prévenir la Mutuelle MAE de tout changement de ma situation professionnelle ou familiale et de tout changement d'adresse ou de domiciliation bancaire, y compris pour mes ayants droit. Je certifie sur l'honneur exacts les éléments déclaratifs ci-après.

A, le Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

CADRE RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

DATE D'EFFET D'ADHÉSION	.....	REFERENCEMENT	<input type="checkbox"/>	COTISATIONS :	PRECOMPTÉES	<input type="checkbox"/>
N° D'ADHÉRENT	.....	HORS REFERENCEMENT	<input type="checkbox"/>		PRÉLEVÉES	<input type="checkbox"/>
SECTION	.....	CONTRAT PREVOYANCE	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		APPELÉES	<input type="checkbox"/>

MEMBRE PARTICIPANT MAE, MGEN, MGEN VIE

CONJOINT OU CONCUBIN OU PACSE(E) A INSCRIRE EN QUALITÉ DE MEMBRE ASSOCIÉ MAE (1)

N° de sécurité sociale

N° du centre

à titre personnel en qualité d'ayant droit

Nom marital

.....

Nom patronymique

.....

Prénom

.....

Date de naissance

Nationalité (2)

.....

Profession en France

.....

Profession à l'étranger

.....

N° téléphone professionnel

célibataire marié(e) séparé(e) divorcé(e) veuf/ve remarié(e) concubinage (3) pacs (3) : depuis le

ETIEZ-VOUS AUPARAVANT AFFILIÉ(E) À UNE AUTRE MUTUELLE ? NON OUI, Précisez laquelle (4)

ENFANTS MINEURS OU ÉTUDIANTS OU DEMANDEURS D'EMPLOI À PRENDRE EN CHARGE (en qualité de membre associé MAE) (5)
(sans supplément de cotisation jusqu'à leur 20^{ème} anniversaire)

NOM	PRENOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE
_____	_____	M - F	_____
_____	_____	M - F	_____
_____	_____	M - F	_____
_____	_____	M - F	_____
_____	_____	M - F	_____
_____	_____	M - F	_____
_____	_____	M - F	_____

- (1) Dans le cas où l'adhérent souhaite inscrire son conjoint, ou son(sa) concubin(e), ou son partenaire lié par un PACS comme membre associé, il ne peut le faire que si celui-ci n'est pas rétribué par l'une des administrations citées à l'article 8-2 des statuts de la MAE ou s'il peut être admis en tant que tel par les statuts de MGEN et MGEN VIE ;
 (2) Seules les personnes ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen peuvent adhérer à la mutuelle des Affaires étrangères en qualité de membre participant ;
 (3) Joindre une attestation de concubinage, ou engagement du pacte de solidarité ;
 (4) Joindre un certificat d'appartenance ou de radiation à la mutuelle concernée ;
 (5) Joindre un certificat de scolarité ou d'inscription à l'ANPE pour les enfants de plus de vingt ans que vous désirez inscrire à la mutuelle ;

ASCENDANTS À PRENDRE EN CHARGE (en qualité de membre associé MAE) (6)

PERE BEAU-PERE MERE BELLE-MERE

NOM _____ PRÉNOM _____ DATE DE NAISSANCE __ __ __ __ __

Résidant : en France à l'étranger

Bénéficiaire de la sécurité sociale : NON OUI sous le n° __ __ __ __ __

PERE BEAU-PERE MERE BELLE-MERE

NOM _____ PRÉNOM _____ DATE DE NAISSANCE __ __ __ __ __

Résidant : en France à l'étranger

Bénéficiaire de la sécurité sociale : NON OUI sous le n° __ __ __ __ __

ADRESSE PERSONNELLE EN FRANCE

N°BTQ.....Nature voieLibellé voie

Lieu dit ou hameau Code postal Ville

SITUATION ADMINISTRATIVE

FONCTIONNAIRE CATEGORIE STATUTAIRE A CATEGORIE STATUTAIRE B CATEGORIE STATUTAIRE C

AGENT CONTRACTUEL (7) AGENT AUXILIAIRE (7) MAGISTRAT AUTRE, PRÉCISER

DATE D'ENTRÉE DANS L'ADMINISTRATION _____ DATE D'AFFECTATION À L'ETRANGER _____

ADMINISTRATION MANDATANT LE TRAITEMENT :

AFFECTATION (8) :

REMUNERATION

TRAITEMENT ADMINISTRATION CENTRALE

INDICE BRUT _____ TRAITEMENT MENSUEL BRUT (joindre un bulletin de salaire) _____ Euros

TRAITEMENT ÉTRANGER

INDICE BRUT _____ ENSEMBLE DES EMOLUMENTS BRUTS (joindre un bulletin de salaire) _____ Euros
Y COMPRIS LE TRAITEMENT LOCAL

**JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE D'UN COMPTE EN FRANCE
JOINDRE UNE ATTESTATION VITALE DE CHAQUE BÉNÉFICIAIRE**

- (6) Joindre un certificat de non imposition ;
 (7) Joindre la copie du contrat ou de la lettre d'engagement ;
 (8) Préciser l'adresse de la direction, de la mission diplomatique ou du poste consulaire.

IMA est une SA d'assurance régie par le code des assurances 118 avenue de Paris 79000 NIORT – 05 49 75 75 75

« L'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles ACAM 61, rue Taitbout – 75436 PARIS CEDEX 09, est chargée du contrôle de MAE, MGEN, MGEN VIE et d'IMA. Les relations entre les mutuelles et l'adhérent sont régies par le droit français et écrites en langue française. L'ensemble des informations portées au bulletin d'adhésion sont valables jusqu'au 31 décembre 2009

Les informations demandées sont obligatoires pour le traitement de votre dossier qui à défaut ne peut être effectué. Conformément à la loi numéro 78.17 du 06/01/78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les données nominatives la concernant. Ces droits peuvent être exercés auprès de votre mutuelle MAE.

Toute demande de réclamation doit être formulée auprès de : MAE, service réclamation, 1 rue de l'Abbé Roger Derry – 75730 PARIS CEDEX 15

P.J. : Un modèle de lettre de renonciation.