Feuillet 1 à retourner à MGEN Filia

MGEN Filia

Gamme Tulipe

BULLETIN D'ADHÉSION

Cachet de l'organisme employeur (obligatoire)

Référence contrat T 275371

Ne rien inscrire ici (codifications internes MGEN Filia)

N° Adh.

Code Réalisateur

Joindre obligatoirement :

- ✓ Un chèque bancaire correspondant au 1er mois de cotisation
- ✓ L'autorisation de prélèvement dûment complétée et signée
- ✓ Un relevé d'identité bancaire pour le versement des prestations et le prélèvement des cotisations
- ✓ La photocopie de l'attestation de l'Assurance Maladie en cours de validité pour chaque membre de la famille

N° SS.

NOM : .....

PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

.....

CODE POSTAL

VILLE : .....

Tél. perso :

Tél. prof :

E-MAIL : .....

PROFESSION : .....

DATE DE NAISSANCE

RÉGIME S.S.*:

Régime général (AS) ☐

Travailleur indépendant (TNS) ☐

Régime local (EST)** ☐

DATE D'ADHÉSION : 01

Ma garantie Santé :

Base MGEN Filia *(obligatoire)* : ■

Je choisis mon option Tulipe *(facultative)* :

Tulipe BLANCHE ☐ *Tulipe JAUNE* ☐

Tulipe ORANGE ☐ *Tulipe ROUGE* ☐

L'option choisie est obligatoirement la même pour l'ensemble de la famille.

Bénéficiaire(s) :

Autres membres		Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Numéro immatriculation à la Sécurité sociale	Régime S.S. (AS) (TNS) (EST) (autres)
Conjoint ou concubin							
Enfants à charge âgés de moins de 28 ans	1er enfant						
	2e enfant						
	3e enfant						
	4e enfant						
	5e enfant						
Ascendant (à charge S.S.)							

Je soussigné(e) .....

demande mon adhésion mutualiste, pour moi-même et mon/mes bénéficiaire(s) mentionné(s) ci-dessus.

J'autorise MGEN Filia à procéder aux échanges d'informations avec les Régimes Obligatoires (réseau Noémie 1) permettant la télétransmission des décomptes de remboursement pour les actes médicaux me concernant ainsi que les bénéficiaires désignés ci-dessus.

Je certifie sincères et véritables les renseignements figurant sur ce document. Je déclare avoir reçu et pris connaissance des statuts de MGEN Filia et de la notice d'information du contrat présentant notamment les garanties frais de santé complémentaires souscrites par mon employeur auprès de MGEN Filia.

Fait à ..... le Signature de l'adhérent

15, rue du Louvre
BP 2111
75021 Paris Cedex 01
Tél. : 01 42 36 71 42
Fax : 01 42 21 15 45
www.mgenfilia.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité n° 440 363 588

* cocher la case correspondante

** se renseigner auparavant sur le dispositif spécifique prestations /cotisations proposé aux personnes relevant du régime local des départements 57 - 67 - 68 (EST)

L'adhésion à MGEN Filia entraîne systématiquement le bénéfice de garanties complémentaires émanant des contrats collectifs à caractère obligatoire que la mutuelle peut souscrire auprès d'un autre organisme assureur (article 3 - alinéa 6 des Statuts MGEN Filia).

Les informations figurant dans ce document sont indispensables pour l'établissement et le suivi de votre dossier. Elles font l'objet d'une gestion informatisée et demeurent à usage interne, à l'exception des éléments nécessaires au service du Bulletin d'information et à l'expédition des documents mutualistes qui nécessitent un traitement extérieur. Elles pourront également être communiquées aux tiers autorisés mentionnés sur les déclarations faites à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Conformément aux dispositions relatives à la loi sur l'informatique et les libertés, vous pouvez obtenir, à tout moment, communication et le cas échéant rectification des informations détenues à votre nom.