



1, rue de l'Abbé Roger Derry  
75730 PARIS Cedex 15  
Tél. 01 43 17 54 00 – Fax 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  
Mail : [secretariat@maee.fr](mailto:secretariat@maee.fr)

Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale – **MGEN**  
Numéro d'immatriculation au Registre National des Mutuelles 775 685 399  
**MGEN Vie**  
Numéro d'immatriculation au Registre National des Mutuelles 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 - Tél. 01 40 47 20 20

### BULLETIN D'ADHÉSION EN PRÉSENTATION CONJOINTE : AGENTS PUBLICS DU M.E.A.E. (RÉFÉRENCÉS)

L'adhésion à la Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes pour les garanties maladie-accident entraîne obligatoirement pour les actifs la souscription aux garanties « Indemnités pour Perte de Traitement » et « Invalidité Permanente et Absolue » assurées par la MGEN, et aux garanties « Décès et Rente survie » assurées par MGEN Vie, ainsi qu'au contrat assistance souscrit par la MAEE auprès d'IMA Assurances (article L.221-3 du Code de la Mutualité). Pour les retraités, il entraîne la souscription au contrat assistance IMA.

Je soussigné(e) :

- Déclare avoir pris connaissance et accepter les termes, des Statuts, du Règlement général mutualiste santé et du Règlement intérieur de la MAEE, des Règlements mutualistes de MGEN et MGEN Vie ainsi que de la notice d'information sur les garanties d'assistance qui ont été souscrites, par la MAEE auprès d'IMA Assurances qui m'ont été remis avant la signature du bulletin d'adhésion, et demande à y adhérer et à bénéficier des prestations maladie accident et prévoyance qu'ils prévoient.
- Adhère à la formule santé suivante (cocher la case correspondant à la formule choisie) :

• En cas de résidence en France :

- formule France « Sécurité » .....
- formule France « Essentielle » .....
- formule France « Renforcée » .....

• En cas de résidence à l'étranger :

- Formule « Étranger » .....

### MODALITÉS DE RÈGLEMENT DE LA COTISATION

Je m'engage à acquitter la cotisation globale MAEE, MGEN, MGEN Vie, IMA en autorisant la MAEE 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 bancaire ouvert en France. Je m'engage à prévenir la MAEE de tout changement de ma situation professionnelle et autorise en outre le Ministère à fournir à la Mutuelle tout document à ce sujet. Je dois également informer la MAEE de tout changement familiale, ou d'adresse, ou de domiciliation bancaire, y compris pour mes ayants-droit. Je certifie sur l'honneur exacts, les éléments déclaratifs ci-après.

À ....., le .....

*Signature précédée de la mention « lu et approuvé »*

#### CADRE RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

Date d'adhésion	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Cotisations :	- Précomptées	<input type="checkbox"/>	
N° d'adhérent	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _		- Prélévées	<input type="checkbox"/>	
Section	_ _ _ _ _	Contrat Prévoyance	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	- Appelées	<input type="checkbox"/>

#### MEMBRE PARTICIPANT MAEE, MGEN, MGEN VIE

#### CONJOINT OU CONCUBIN OU PACSÉ(E) À INSCRIRE EN QUALITÉ DE MEMBRE ASSOCIÉ MAEE<sup>(1)</sup>

Numéro de Sécurité Sociale

N° du Centre

*Joindre une attestation Vitale du Membre participant et de chaque bénéficiaire inscrit.  
Ceci s'applique à tout membre participant et/ou bénéficiaire non affilié au Centre 533 de Sécurité Sociale*

Nom marital

Nom patronymique

Prénom

date de naissance

Nationalité<sup>(2)</sup>

Profession

Téléphone/courriel

Célibataire     Marié(e)     Séparé(e)     Divorcé(e)     Veuf/ve     Concubinage<sup>(3)</sup>     Pacs<sup>(3)</sup> : Depuis le .....

ÉTIEZ-VOUS AUPARAVANT AFFILIÉ(E) À UNE AUTRE MUTUELLE ?  NON  OUI, Précisez laquelle<sup>(4)</sup> .....

**ENFANTS MINEURS OU ÉTUDIANTS OU DEMANDEURS D'EMPLOI À PRENDRE EN CHARGE (en qualité de membre associé MAEE)<sup>(5)</sup>**  
(sans supplément de cotisation maladie jusqu'au 20<sup>ème</sup> anniversaire)

NOM	PRÉNOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE
.....	.....	M - F	_ _ _ _ _ _ _ _ _
.....	.....	M - F	_ _ _ _ _ _ _ _ _
.....	.....	M - F	_ _ _ _ _ _ _ _ _
.....	.....	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 personne assimilée (concubin(e), partenaire lié par le Pacs) comme membre associé, il ne peut le faire que si celui-ci n'est pas rémunéré par le MEAE.
- (2) Peuvent adhérer à la Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes les personnes physiques de nationalité française, agents publics du MEAE (Art. 8.2 des Statuts)
- (3) Joindre une attestation de concubinage ou engagement du Pacte Civil de Solidarité.
- (4) Joindre un certificat de radiation de la Mutuelle concernée.
- (5) Joindre un certificat de scolarité ou d'inscription à Pôle Emploi pour les enfants de plus de vingt ans que vous souhaitez inscrire.

**ADRESSE PERSONNELLE CORRESPONDANT AU LIEU D'AFFECTATION LORS DE L'ADHÉSION\***

N° ..... BTQ ..... Nature de voie ..... Libellé de voie .....

Lieu dit ou hameau ..... Code postal |\_|\_|\_|\_|\_| Ville ..... Pays .....

**SITUATION ADMINISTRATIVE**

Fonctionnaire  Catégorie A   Agent contractuel<sup>(6)</sup>  Détaché  Retraité  
Catégorie B   
Catégorie C

Date d'entrée dans l'Administration |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Date d'entrée au MEAE |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Date d'affectation à l'étranger |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Affectation<sup>(7)</sup> : .....

\* Par sécurité, pour les agents affectés à l'étranger, le courrier sera acheminé par la valise diplomatique directement au Poste (Ambassade ou Consulat).

**RÉMUNÉRATION OU PENSION**

Actif France : indice brut : ..... Actif étranger : indice brut + tous émoluments bruts : .....

Retraité fonctionnaire : indice brut : ..... Retraité non fonctionnaire : montant des pensions brutes : .....

**JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB), OU DE CAISSE D'ÉPARGNE (RICE)**

- (6) Joindre la copie du contrat.
- (7) Préciser l'adresse de la Direction, de la Mission diplomatique ou du Poste consulaire.

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

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – ACPR - 61 rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09, est chargée du contrôle de MAEE, 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.

Les informations demandées sont obligatoires pour le traitement de votre dossier qui à défaut ne peut être effectué. Conformément à la loi n° 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 MAEE, 1 rue de l'Abbé Roger Derry – 75730 PARIS CEDEX 15.

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

- P.J. - Une fiche de prise de poste,  
- Un modèle de lettre de renonciation.