



**Document à retourner par l'organisation syndicale :**

**Par courrier : MGEN Solutions Adhésions  
TSA 91634 - 75901 Paris Cedex 15  
Par mail : mgen@istyacollectives.fr**

## Enfants(s) bénéficiaire(s) du contrat (ni marié(s), ni chargé(s) de famille)

Se reporter à la notice d'information du contrat

Sexe M / F	Nom	Prénom	Lien de parenté	Date de naissance	N° Sécurité sociale (si enfant personnellement assuré social)
				--/--/----	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
				--/--/----	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
				--/--/----	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
				--/--/----	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
				--/--/----	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

(Si vous avez plus de 5 enfants, indiquez les mêmes informations sur papier libre)

## Autre(s) personne(s) à charge

Se reporter à la notice d'information du contrat pour les conditions de prise en charge.

Sexe M / F	Nom	Prénom	Qualité (Père, mère, etc.)	Date de naissance
				--/--/----
				--/--/----

## Changement de situation

Motif : .....

## Pièces à joindre

- Un relevé d'identité bancaire du compte sur lequel vous souhaitez recevoir vos prestations,
- Copie de l'attestation de droit à l'assurance maladie. Le cas échéant, celle de votre conjoint(e) ou concubin(e), et celles de vos enfants portés sur ce bulletin,
- Mandat de prélèvement SEPA signé et complété, accompagné d'un relevé d'identité bancaire,

Je certifie sincères et véritables les renseignements ci-dessus, toute fausse déclaration intentionnelle étant sanctionnée par la nullité de mon adhésion. Je demande à adhérer à la MGEN et je reconnais avoir reçu un exemplaire des statuts ainsi que la notice d'information qui décrit notamment les garanties et les modalités du contrat collectif frais de santé.

Cachet de l'association

Fait à .....

Le .....

Signature de l'adhérent(e)