



# OFFRE SANTÉ-PRÉVOYANCE

## BULLETIN D'ADHÉSION

Code section : \_\_\_\_\_ Code service gestionnaire : \_\_\_\_\_

### MEMBRE PARTICIPANT DIRECT (merci de remplir ce document EN LETTRES CAPITALES)

Exemplaire Mutuelle

N° Sécurité sociale

Nom (usuel)  Prénom

Né(e) le  Nom de jeune fille

Adresse

Code postal  Ville

Tél perso/port.  E-mail :

Célibataire  Concubin(e)  Pacsé(e)  Marié(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve) date

Non Fonctionnaire  Fonctionnaire **Adm. d'appartenance :**

Cadre :  A  B  C Lieu d'exercice

Date de recrutement  Indice nouveau majoré  Direction mandatant le traitement

**Adhésion à la mutuelle de rattachement\*** : (cf. verso)  MAI  MT  MDD  INSEE  MNEA

Après avoir reçu et pris connaissance des statuts et règlements de la MGEFI, de ceux de ma mutuelle de rattachement et de la notice d'information du contrat de prévoyance statutaire **Prémuo M022** dont j'accepte les termes, je demande mon adhésion à la MGEFI, à la mutuelle de rattachement et à l'offre de prévoyance statutaire. Je m'engage à remplir toutes les obligations réglementaires et j'autorise la MGEFI à effectuer sur mes traitements, salaires et pension la retenue mensuelle de l'ensemble des cotisations actuelles et à venir dont je suis ou serai redevable à l'égard de la MGEFI et de la mutuelle de rattachement. A défaut, les cotisations seront réglées mensuellement par prélèvement automatique sur compte courant.

### ADHÉSION A LA MGEFI POUR LA GARANTIE (CE CHOIX S'APPLIQUE A TOUS MES AYANTS DROIT SÉCURITÉ SOCIALE) :

Vita Santé  Multi Santé  Prédi Santé Date d'effet de l'adhésion souhaitée :  (1<sup>er</sup> jour du mois)

### AYANT(S) DROIT AU SENS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, A GARANTIR (joindre une copie de votre attestation Vitale)

Conjoint ou assimilé<sup>(1)</sup> Sexe  M  F Nom/Prénom :  Né(e) le

Enfant Sexe  M  F Nom/Prénom :  Né(e) le

Enfant Sexe  M  F Nom/Prénom :  Né(e) le

Enfant Sexe  M  F Nom/Prénom :  Né(e) le

(1) Assimilé : concubin ou pacsé.

### PRÉVOYANCE : PREMIO M022

Option 1  Option 2 (voir informations au dos)

**Désignation des bénéficiaires** (voir informations au dos)

suivant la formule générale

Autre désignation

A  Le 

Signature

(joindre obligatoirement : un RIB, copies du bulletin de salaire et de l'attestation de droits Sécurité sociale).





# OFFRE SANTÉ-PRÉVOYANCE

## BULLETIN D'ADHÉSION

Code section : \_\_\_\_\_ Code service gestionnaire : \_\_\_\_\_

### MEMBRE PARTICIPANT DIRECT (merci de remplir ce document EN LETTRES CAPITALES)

Exemplaire adhérent

N° Sécurité sociale

Nom (usuel)  Prénom

Né(e) le  Nom de jeune fille

Adresse

Code postal  Ville

Tél perso/port.  E-mail :

Célibataire  Concubin(e)  Pacsé(e)  Marié(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve) date

Non Fonctionnaire  Fonctionnaire **Adm. d'appartenance :**

Cadre :  A  B  C Lieu d'exercice

Date de recrutement  Indice nouveau majoré  Direction mandatant le traitement

**Adhésion à la mutuelle de rattachement\*** : (cf. verso)  MAI  MT  MDD  INSEE  MNEA

Après avoir reçu et pris connaissance des statuts et règlements de la MGEFI, de ceux de ma mutuelle de rattachement et de la notice d'information du contrat de prévoyance statutaire **Prémuo M022** dont j'accepte les termes, je demande mon adhésion à la MGEFI, à la mutuelle de rattachement et à l'offre de prévoyance statutaire. Je m'engage à remplir toutes les obligations réglementaires et j'autorise la MGEFI à effectuer sur mes traitements, salaires et pension la retenue mensuelle de l'ensemble des cotisations actuelles et à venir dont je suis ou serai redevable à l'égard de la MGEFI et de la mutuelle de rattachement. A défaut, les cotisations seront réglées mensuellement par prélèvement automatique sur compte courant.

### ADHÉSION A LA MGEFI POUR LA GARANTIE (CE CHOIX S'APPLIQUE A TOUS MES AYANTS DROIT SÉCURITÉ SOCIALE) :

Vita Santé  Multi Santé  Prédi Santé Date d'effet de l'adhésion souhaitée :  (1<sup>er</sup> jour du mois)

### AYANT(S) DROIT AU SENS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, A GARANTIR (joindre une copie de votre attestation Vitale)

Conjoint ou assimilé<sup>(1)</sup> Sexe  M  F Nom/Prénom :  Né(e) le

Enfant Sexe  M  F Nom/Prénom :  Né(e) le

Enfant Sexe  M  F Nom/Prénom :  Né(e) le

Enfant Sexe  M  F Nom/Prénom :  Né(e) le

(1) Assimilé : concubin ou pacsé.

### PRÉVOYANCE : PREMIO M022

Option 1  Option 2 (voir informations au dos)

**Désignation des bénéficiaires** (voir informations au dos)

suivant la formule générale

Autre désignation

A  Le 

Signature

(joindre obligatoirement : un RIB, copies du bulletin de salaire et de l'attestation de droits Sécurité sociale).



**OFFRE PRÉVOYANCE STATUTAIRE PREMIO M022**

L'adhésion au contrat de prévoyance mutualiste Prémio M022 souscrit auprès de MFPrévoyance est indissociable de la couverture santé (décret n° 2007-1373 du 19/09/07).

Elle s'effectue :

■ **POUR LES FONCTIONNAIRES :**

- sans formalité médicale, si le candidat répond aux critères pour être membre participant direct de la MGEFI depuis moins de 5 ans à compter de la date de son recrutement par l'administration.
- sans formalité médicale si la souscription est effectuée entre le 01/04/09 et le 31/03/10.
- avec questionnaire de santé au-delà.

■ **POUR LES NON FONCTIONNAIRES :** se référer à la notice du contrat

**Désignation du / des bénéficiaires(s) du capital décès**

Les bénéficiaires sont ceux désignés par l'adhérent. A l'inscription, l'adhérent a le choix entre deux formules :

■ soit la **formule générale** suivante : "mon conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, passé en force de chose jugée ; à défaut au concubin ou au partenaire de PACS (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès) ; à défaut aux descendants vivants ou représentés ; à défaut aux ascendants ; à défaut aux héritiers conformément aux principes du droit des successions ; à défaut à la Mutuelle Générale de l'Economie, des Finances et de l'Industrie".

■ soit toute **formule particulière** différente : veiller dans ce cas à :

- 1) indiquer avec précision l'identité du ou des bénéficiaires, en précisant, ses nom, prénoms, date et lieu de naissance, en tenant compte des évolutions familiales ultérieures et en évitant les désignations difficilement interprétables
- 2) bien préciser, le cas échéant, les pourcentages de répartition du capital à chacun des bénéficiaires
- 3) tenir compte, le cas échéant, d'un ordre préférentiel. Votre conseiller mutualiste se tient à votre disposition pour vous aider, si vous le souhaitez.

La formule générale s'applique à défaut du choix d'une formule particulière. **L'adhérent peut modifier, à sa convenance et à tout moment, le ou les bénéficiaires désignés.** Toutefois, dans l'hypothèse où l'un des bénéficiaires a accepté la désignation, cette modification ne pourra être faite qu'avec son accord. "

**Caractéristiques spécifiques des deux options :**

	Option 1	Option 2
<b>Invalité permanente et absolue</b>	Capital : 70 % de l'assiette de cotisation* avec un minimum de 34 021,50 €	Capital : 100 % de l'assiette de cotisation* avec un minimum de 50 400,80 €
<b>Décès</b>	Capital : 130 % du TIB annuel	Capital : 180 % du TIB annuel
<b>Rente survie versée à l'enfant handicapé</b>	Rente annuelle de 1 769,70 €	Rente annuelle de 1 769,70 €
<b>Dépendance</b>	Rente mensuelle : - en hospitalisation : 511,40 € - à domicile : 256,00 €	Rente mensuelle : - en hospitalisation : 511,40 € - à domicile : 256,00 €
<b>Cotisation</b>	0,50 % de l'assiette de cotisation* 0,19 % de l'assiette de cotisation pour les – de 35 ans	1,03 % de l'assiette de cotisation*

\* Assiette de cotisation : pour les fonctionnaires, elle correspond au Traitement Indiciaire Brut - pour les non fonctionnaires, elle correspond au salaire mensuel sur 12 mois

**PRÉVOYANCE FACULTATIVE**

Pour compléter votre garantie obligatoire, vous pouvez souscrire des garanties facultatives : Prémio Capital Avantages, Prémio Perte de revenus, Muduo, et différents contrats Plurio.

Consulter votre conseiller mutualiste qui vous renseignera sur les conditions.

**RÉDUCTION DE COTISATIONS**

Toute adhésion intervenant dans les 4 ans suivant l'entrée dans l'administration ouvre droit à une réduction pour les garanties Vita Santé et Multi Santé :

- Réduction de 50 % de la part proportionnelle, de la date de recrutement au 31/12 de l'année suivante.
- Réduction de 30 % de la part proportionnelle, la 3<sup>e</sup> année civile à compter de la date de recrutement dans l'administration.
- Réduction de 10 % de la part proportionnelle, la 4<sup>e</sup> année civile à compter de la date de recrutement dans l'administration.

\* **MAI (Impôts et Industrie et recherche)** RNM 341 230 381.

\* **MT (Comptabilité publique et Imprimerie nationale)** RNM 778 147 132.

\* **MDD (Douanes)** RNM 775 676 158. \* **INSEE** RNM 775 666 266.

\* **MNEA (DGCCRF)** RNM 775 659 899.

Mutuelles régies par le Code de la mutualité.

\* **MFPrévoyance** société anonyme soumise aux dispositions du Code des assurances

RCS PARIS : 507 648 053 Paris - 62 rue Jeanne d'Arc - 75640 Paris Cedex 13

Délai de renonciation : vous gardez pendant les 14 jours calendaires qui suivent la date de signature de votre bulletin d'adhésion,

la possibilité de revenir sur votre décision en adressant à la MGEFI un courrier le précisant (bordereau de rétractation disponible sur le site [www.mgefi.fr](http://www.mgefi.fr))