

# Bulletin d'adhésion

## CONTRAT SANTÉ CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ISÈRE



Complémenter



- Bulletin d'adhésion <sup>(1)</sup>  
 Demande de modification <sup>(1)</sup>  
 Demande de maintien de garanties\* <sup>(1)</sup>

Encart réservé à la mutuelle :  MGEN  MNT

Date d'effet du contrat : 01/01/2018    Numéro du contrat : | ..... |

### VOS INFORMATIONS PERSONNELLES

Civilité <sup>(1)</sup> :  Madame  Monsieur

Nom d'usage : ..... Nom de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....    Ville de naissance : .....

Pays de naissance : .....

N° Sécurité sociale : | ..... |

Adresse : .....

Code postal : | ..... |    Ville : .....

Téléphone fixe : | ..... |    Téléphone portable : | ..... |

Mail : .....

Au-delà de votre offre, MGEN élabore d'autres produits et services pour ses adhérents. Si vous ne souhaitez pas recevoir de communications sur ces produits et services, cochez-la (les) case(s) ci-après :  par courrier  par téléphone  par e-mail  par SMS

Êtes-vous couvert-e en santé par une complémentaire <sup>(1)</sup> :  Non  MGEN  MNT  
 Autre, je précise laquelle : .....

### Dispositions relatives au décret du 8 novembre 2011 concernant le coefficient de majoration <sup>(1)(2)</sup> :

- Vous êtes actuellement ou avez été couvert-e au titre d'une convention de participation en santé ou d'une garantie santé labellisée. Dans ce cas, fournir le justificatif d'adhésion précisant le coefficient de majoration.  
 C'est votre 1<sup>ère</sup> adhésion à une convention de participation Santé. Dans ce cas, indiquez la date de votre entrée dans la fonction publique ci-dessous et fournissez une preuve de cette date.

### VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

Je suis actif-ve <sup>(1)</sup> :  Titulaire  Contractuel    Catégorie :  A  B  C

N° matricule ou N° agent : ..... Date de recrutement : ..... / ..... / ..... Date d'entrée dans la fonction publique : ..... / ..... / .....

Affectation : .....

Je suis retraité-e <sup>(1)</sup>    Depuis le : ..... / ..... / .....

### VOS BÉNÉFICIAIRES

(que vous souhaitez faire adhérer au contrat collectif du Conseil Départemental de l'Isère)

#### Conjoint-e :

Situation de famille <sup>(1)</sup> :  Marié-e  Concubin-e  Pacsé-e    Depuis le : ..... / ..... / .....

Nom : ..... Prénom(s) : ..... Sexe :  F  M

N° Sécurité sociale : | ..... |    Date de naissance : ..... / ..... / .....

Ville de naissance : ..... Pays de naissance : .....

Versement des prestations sur un compte différent du vôtre ?  Non  Oui

#### Enfant-s :

1 - Nom : ..... Prénom(s) : ..... Sexe :  F  M

N° Sécurité sociale : | ..... |    Date de naissance : ..... / ..... / .....

Ville de naissance : ..... Pays de naissance : .....

Versement des prestations sur un compte différent du vôtre ?  Non  Oui

2 - Nom : ..... Prénom(s) : ..... Sexe :  F  M

N° Sécurité sociale : | ..... |    Date de naissance : ..... / ..... / .....

Ville de naissance : ..... Pays de naissance : .....

Versement des prestations sur un compte différent du vôtre ?  Non  Oui

3 - Nom : ..... Prénom(s) : ..... Sexe :  F  M

N° Sécurité sociale : | ..... |    Date de naissance : ..... / ..... / .....

Ville de naissance : ..... Pays de naissance : .....

Versement des prestations sur un compte différent du vôtre ?  Non  Oui

4 - Nom : ..... Prénom(s) : ..... Sexe :  F  M

N° Sécurité sociale : | ..... |    Date de naissance : ..... / ..... / .....

Ville de naissance : ..... Pays de naissance : .....

Versement des prestations sur un compte différent du vôtre ?  Non  Oui

(1) Cocher la case correspondante. (2) Concerne le coefficient de majoration, si vous êtes déjà couvert-e au titre d'une convention de participation ou d'une offre labellisée, vous devez fournir le justificatif d'adhésion le précisant. \* Maintien de garanties au titre de l'article 6 de la loi EVIN.

## MODE DE PAIEMENT DE LA COTISATION

Je m'engage à acquitter ma cotisation et le-s complément-s de cotisation afférent-s à la couverture de mon/mes bénéficiaire-s par prélèvement bancaire selon l'échéancier qui me parviendra au plus tard cinq jours avant la date du premier prélèvement. Les cotisations et compléments de cotisation annuels sont échelonnés jusqu'à la fin de l'année civile en cours en 12 fois maximum (remplir le mandat de prélèvement SEPA).

## LIAISON INFORMATIQUE AVEC VOTRE CAISSE DE SÉCURITÉ SOCIALE

Pour simplifier la gestion des remboursements des frais de santé, j'accepte la connexion NOEMIE pour <sup>(1)</sup>:

moi  mon conjoint/pacsé/concubin  mes enfants

## VOTRE ADHÉSION

Je demande mon adhésion et/ou l'extension de ma couverture à mes bénéficiaires, à la garantie <sup>(3)</sup> :

Je demande la modification de ma garantie <sup>(3)</sup> :

Vous :  Niveau 1  Niveau 2  Niveau 3  Niveau 4

Conjoint / Pacsé / Concubin :  Niveau 1  Niveau 2  Niveau 3  Niveau 4

Enfant n° 1 :  Niveau 1  Niveau 2  Niveau 3  Niveau 4

Enfant n° 2 :  Niveau 1  Niveau 2  Niveau 3  Niveau 4

Enfant n° 3 :  Niveau 1  Niveau 2  Niveau 3  Niveau 4

Enfant n° 4 :  Niveau 1  Niveau 2  Niveau 3  Niveau 4

*(3) Cocher la garantie choisie*

Je demande le maintien de ma couverture actuelle et celle de mes éventuels bénéficiaires.

**Date d'effet de l'adhésion : ..../..../.....**

*Votre adhésion et/ou l'extension de couverture à votre/vos bénéficiaire-s ou la modification de votre garantie ou le maintien de vos garanties prend effet au premier jour du mois qui suit la réception du bulletin d'adhésion par le centre de gestion.*

*L'adhésion est annuelle, à échéance du 31/12 de chaque année et se renouvelle par tacite reconduction.*

*Voir annexe pour les modalités de renonciation.*

Retournez ce bulletin complété, daté et signé à l'adresse suivante :

**Centre de gestion MGEN - Convention Participation Santé Isère - TSA 90061 - 69626 VILLEURBANNE CEDEX.**

Je certifie sincères et véritables les renseignements ci-dessus, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle étant sanctionnée par la nullité de mon adhésion, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de l'annexe au présent bulletin d'adhésion qui constitue un tout indissociable avec ce dernier, des statuts de la mutuelle, de la notice d'information qui décrit notamment les garanties et les modalités d'application du contrat, ainsi que des notices d'information des garanties souscrites auprès d'autres organismes assureurs.

Fait en 2 exemplaires à ....., le ..../..../.....

Cachet du souscripteur :

Signature de l'adhérent précédée de la mention « lu et approuvé » :

**1<sup>er</sup> exemplaire à retourner à l'adresse indiquée ci-dessus (centre de gestion).**

**2<sup>e</sup> exemplaire à conserver.**

## PIÈCES À JOINDRE

- Une copie de votre pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, permis de conduire, carte ou titre de séjour, carte de résident).
- Une copie de la ou des Attestation-s de droits Sécurité sociale en cours de validité mentionnant l'ensemble des bénéficiaires.
- Un relevé d'identité bancaire (RIB) précisant le code IBAN (identifiant international de compte), et pour le-s bénéficiaire-s si versement des prestations sur un compte différent, fournir le RIB correspondant.
- Le mandat SEPA rempli et signé pour les agents retraités, les agents en congé parental ou percevant uniquement des indemnités journalières et les agents demandant le maintien de leurs garanties.
- Une copie de votre dernier bulletin de salaire (ou de votre arrêté ou contrat de travail si vous êtes nouveau embauché).
- Un justificatif attestant que le Conseil Départemental de l'Isère était votre dernier employeur (arrêté de passage à la retraite, arrêté de nomination, contrat de travail...) si vous êtes retraité-e.
- Vous êtes ou avez déjà été couvert au titre d'une convention de participation en santé ou d'une garantie santé labellisée : dans ce cas, fournir le justificatif d'adhésion précisant le coefficient de majoration.
- La preuve de la date de votre entrée dans la fonction publique, si c'est votre 1<sup>ère</sup> adhésion à une convention de participation Santé.
- Un certificat de scolarité ou attestation du Pôle Emploi pour les enfants âgés de 21 à 27 ans.
- Pour les enfants (en situation de handicap ou en invalidité) à partir de 28 ans, la copie de la carte mobilité inclusion mention « invalidité » (extension possible si l'état d'invalidité a été reconnu avant l'âge de 21 ans).

Dans le cadre de ses activités, MGEN réalise différents traitements de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses ayants-droit éventuels, en qualité de responsable de traitement. Le traitement de ces données à caractère personnel est nécessaire afin de prendre en compte l'adhésion au Règlement mutualiste, d'assurer la gestion du dossier du membre participant, d'organiser la vie institutionnelle relevant des statuts, de répondre à des prescriptions réglementaires ainsi que pour la gestion de la relation commerciale de MGEN avec ses adhérents. Les données collectées sont conservées le temps nécessaire à l'exécution du contrat ou pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance. Les données sont destinées aux personnels habilités de la mutuelle et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être transmises à des sous-traitants et partenaires contribuant à la réalisation de ces finalités. Pour ce qui concerne les prestations d'assistance, si votre contrat en comprend, nous vous invitons à vous reporter à son règlement et la notice dédiée.

Conformément aux dispositions du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, le membre participant dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, et de portabilité de ses données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données le concernant. Il dispose également du droit de décider du sort de ses données après son décès. Sans opposition de sa part, les données personnelles du membre participant pourront être utilisées pour des actions commerciales et pour l'envoi d'information sur les produits et services offerts par le groupe MGEN. De même, sauf opposition de sa part, les données à caractère personnel du membre participant pourront être utilisées dans le cadre de profilage.

Toute demande d'exercice de ces droits peut être envoyée par courrier postal à l'adresse : MGEN - Centre de gestion de la Verrière - Protection des données - CS 10601 La Verrière - 6 bis avenue Joseph Rollo - 78321 Le Mesnil-Saint-Denis CEDEX. Le DPO peut être contacté à l'adresse suivante : MGEN - Data Protection Officer - 3 square Max-Hymans - 75748 Paris CEDEX 15. Les demandes peuvent également être faites sur le site de MGEN à la page : <https://www.mgen.fr/mes-donnees>. Un justificatif d'identité comportant votre signature pourra être demandé le cas échéant. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Le membre participant peut, à tout moment, s'inscrire en ligne sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel, à l'adresse <https://inscription.bloctel.fr>

En cas d'adhésion réalisée à distance ou à la suite d'un démarchage téléphonique (voir l'annexe au présent bulletin d'adhésion) :

Je demande expressément l'entrée en vigueur de la garantie avant l'expiration du délai de renonciation de 30 jours explicité à l'annexe du présent bulletin d'adhésion et acquitte en conséquence la cotisation due pour bénéficier des garanties. Dans le cas où j'exercerais ma faculté de renonciation, je serais tenu au paiement proportionnel du service fourni.

### Contrat collectif à adhésion facultative souscrit par le Conseil départemental de l'Isère au profit de ses agents.

Complémenter est une marque déposée par MGEN et la MNT.

MGEN Mutuelle Générale de l'Education Nationale n° 775 685 399, dont le siège social est situé 3 square Max Hymans - 75 748 Paris Cedex 15, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité. MNT Mutuelle Nationale Territoriale n° 775 678 584 dont le siège social est situé 4, rue d'Athènes 75 009 Paris, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

Les adhérents audit contrat collectif bénéficient de garanties d'assistance en inclusion, assurées par Ressources Mutuelles Assistance (RMA) Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé 46 Rue du Moulin, CS 32427, 44124 Vertou, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 444 269 682.

MGEN, la MNT et RMA sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09. Les relations entre la mutuelle et l'adhérent sont régies par le droit français et écrites en langue française.

# Mandat de prélèvement SEPA



N° RUM (Référence unique du mandat) :

\_\_\_\_\_ zone réservée à la mutuelle \_\_\_\_\_

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez MGEN à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MGEN.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

### Toutes les zones doivent être complétées.

Votre Nom : \_\_\_\_\_  
Nom du débiteur

Votre Prénom : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) du débiteur

Votre adresse : \_\_\_\_\_  
Numéro et nom de la rue

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Les coordonnées de votre compte : \_\_\_\_\_  
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number).  
Le nombre de caractères de l'IBAN peut varier selon le pays de la zone SEPA (ex : IBAN France 27 caractères).

Code international de votre banque - BIC (Bank Identifier code)

Nom du créancier : Mutuelle Générale de l'Education Nationale.  
ICS : FR42ZZZ141941  
3, square Max Hymans  
75748 PARIS CEDEX 15  
France

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif  Paiement ponctuel

Signé à : \_\_\_\_\_  
Lieu : \_\_\_\_\_ Date JJ/MM/AAAA : \_\_\_\_\_

Signature(s) : \_\_\_\_\_

Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier.

\_\_\_\_\_

Les données à caractère personnel recueillies au soutien de ce mandat sont collectées par MGEN, responsable de traitement, et ont pour finalités la gestion du mandat SEPA et des prélèvements bancaires par les personnels habilités de MGEN et des établissements bancaires concernés. Leur traitement est fondé sur la nécessaire exécution du contrat. La non-fourniture des données a pour conséquence de ne pas permettre le prélèvement bancaire. Les données collectées sont conservées le temps nécessaire à l'exécution du contrat ou pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance. Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, la rectification ou l'effacement de celles-ci ainsi que le droit de communiquer des directives concernant le sort de vos données après votre décès. Vous disposez encore, pour motifs légitimes, du droit de solliciter la limitation du traitement, de vous opposer audit traitement et du droit à la portabilité des données. Vous pouvez exercer vos droits, par un écrit signé accompagné d'un justificatif d'identité comportant votre signature, en vous adressant à MGEN - Centre de gestion de la Verrière - Protection des données - CS 10601 La Verrière - 6 bis avenue Joseph Rollo - 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex ou par formulaire sur le site de MGEN à la page : <https://www.mgen.fr/mes-donnees>. Contact DPO : MGEN - Data Protection Officer - 3 square Max Hymans 75748 PARIS Cedex 15 Enfin, vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sise 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07 - Tél. : +33 (0)1.53.73.22.22 ou par formulaire sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr). Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique "Bloctel" sur laquelle vous pouvez vous inscrire à l'adresse suivante : <https://conso.bloctel.fr>

### INFORMATION IMPORTANTE

Le présent document constitue l'annexe au BULLETIN D'ADHÉSION que vous avez signé : elle en fait partie intégrante et constitue avec ce bulletin d'adhésion un tout indissociable.

#### ADHÉSION À DISTANCE ou à la suite d'un démarchage téléphonique

La législation permet aux personnes ayant adhéré à distance à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de leur activité commerciale ou professionnelle, à un règlement mutualiste ou à un contrat collectif à adhésion facultative, de renoncer à cette adhésion dans un délai de quatorze ou de trente jours selon la nature de la garantie. MGEN a choisi de faire bénéficier contractuellement les adhérents de ce délai de renonciation pendant un délai de trente jours.

En cas d'adhésion réalisée à distance c'est-à-dire hors la présence d'un conseiller de la mutuelle ou à la suite d'un démarchage téléphonique, vous bénéficiez d'un droit de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la plus récente des dates suivantes : à compter du jour où l'adhésion a pris effet, ou à compter du jour où vous êtes informé que l'adhésion a pris effet. Ce droit est à exercer par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception adressé à Centre de gestion MGEN - Contrat Santé Isère - TSA 90061 - 69626 VILLEURBANNE CEDEX, selon le modèle de rédaction ci-dessous :

« Je soussigné (nom, prénom), demeurant (adresse complète), vous notifie par la présente ma renonciation à mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative avec le Conseil Départemental de l'Isère effectuée le (date) à (lieu).

Le (date et signature). »

Si vous n'avez pas adhéré à distance ou à la suite d'un démarchage téléphonique, vous ne disposez pas de cette faculté de renonciation.

Je reconnais avoir été informé de ma faculté de renonciation au contrat collectif à adhésion facultative avec le Conseil Départemental de l'Isère et de mon droit au remboursement de la cotisation en cas d'adhésion à distance.

Les dispositions du Code de la consommation relatives notamment à une faculté de renonciation en cas de vente hors établissement ne sont pas applicables aux relations entre une mutuelle régie par le Code de la mutualité et ses adhérents.

L'ensemble des informations portées au bulletin d'adhésion sont valables jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elles sont susceptibles d'être modifiées en cours d'année par les mutuelles co-assureurs.

#### DÉMARCHAGE À DOMICILE, à résidence ou au lieu de travail

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

MGEN a porté ce délai de renonciation à trente jours calendaires.

Ce droit de renonciation est à exercer par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception adressé à Centre de gestion MGEN - Contrat Santé Isère - TSA 90061 - 69626 VILLEURBANNE CEDEX, selon le modèle de rédaction ci-dessous :

« Je soussigné (nom, prénom), demeurant (adresse complète), vous notifie par la présente ma renonciation à mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative avec le Conseil Départemental de l'Isère effectuée le (date) à (lieu).

Le (date et signature). »

Dans l'hypothèse où vous demanderiez l'entrée en vigueur des garanties avant l'expiration du délai de renonciation de 30 jours, vous devez acquitter en conséquence la cotisation due pour bénéficier des garanties. Dans le cas où vous exerceriez votre faculté de renonciation, vous seriez tenu au paiement proportionnel du service fourni.

Si vous n'avez pas adhéré à la suite d'un démarchage au domicile, à la résidence ou sur le lieu de travail, vous ne disposez pas de la faculté de renonciation.

#### CLAUDE DE RENONCIATION

Toute personne qui a demandé son adhésion, sollicité une demande de modification ou de maintien de garanties à la faculté d'y renoncer pendant un délai de trente jours à compter du moment où elle est informée que son adhésion a pris effet. La renonciation entraîne le remboursement des cotisations par la mutuelle et des prestations perçues par l'adhérent. Elle peut être faite par l'envoi à Centre de gestion MGEN - Contrat Santé Isère - TSA 90061 - 69626 VILLEURBANNE CEDEX, par lettre recommandée avec avis de réception ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception, d'un courrier dans les termes suivants : « Je vous informe que j'exerce ma faculté de renonciation à mon adhésion / ma demande de modification / ma demande de maintien de garanties. Je vous remercie de bien vouloir adresser le remboursement des sommes que j'ai versées au titre de mon adhésion dans un délai de trente jours calendaires à compter de la réception de la présente ».

#### DISPOSITIONS RELATIVES AU PRINCIPE INDEMNITAIRE

##### en cas d'intervention de plusieurs assureurs

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le membre participant peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

#### INFORMATIONS RELATIVES AUX PRESTATIONS

##### et aux frais de gestion affectés aux garanties santé

###### Le ratio prestations/cotisations est de 73 %.

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnité des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnité des frais précités qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

###### Le ratio frais de gestion/cotisations est de 10 %.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnité des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnité des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

#### RÉCLAMATIONS

Toute demande de réclamation doit être formulée auprès de : **Centre de Gestion MGEN - Gestion des Réclamations - Convention Participation - TSA 90061 - 69626 VILLEURBANNE CEDEX..**

#### PROSPECTION COMMERCIALE PAR VOIE TÉLÉPHONIQUE

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet d'une prospection commerciale par voie téléphonique, vous disposez du droit de vous inscrire à tout moment gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel à l'adresse suivante : <https://conso.bloctel.fr>.

#### ACPR

Conformément aux dispositions de l'article L.510-1 du Code de la mutualité, le contrôle sur les mutuelles régies par le Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres, par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest, CS 92459 75 436 Paris Cedex 09.

#### LA SIGNATURE DU BULLETIN D'ADHÉSION ENTRAÎNE LA RECONNAISSANCE DE LA RÉCEPTION DES DOCUMENTS SUIVANTS :

- Les statuts de la mutuelle ;
- La notice d'information de la garantie collective à adhésion facultative du contrat de Santé du Conseil Départemental de l'Isère, ainsi que les notices d'information des garanties souscrites auprès d'autres organismes assureurs.

**Vous devez vérifier avant la signature du BULLETIN D'ADHÉSION que les documents ci-dessus, visés par le CONTRAT DE SANTÉ auquel vous adhérez, vous ont bien été communiqués et les demander à votre conseiller le cas échéant au Conseil Départemental de l'Isère.**