l'Assurance Maladie SÉCURITE SOCIALE	VOTRE AFFILIATION À LA SÉCURITÉ SOCIALE	MAGE mutuelle de l'éducation santé • prévoyance • et plus

ASSURÉ(E)

Situation familiale

N° Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | clé | | |

Nom de naissance : ....

Prénoms : ....

Date de naissance : | | | | | | | | | Lieu de naissance : .... Dépt. de naissance | | | |

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Nom usuel : .... Nationalité : ....

Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubin(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Adresse actuelle précise

N° : .... Voie : ....

Complément d'adresse : ....

Commune : .... Code Postal : | | | | | |

Téléphone : | | | | | | | | | | |

E-mail : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | @ | | | | | | | | | | | | | |

Situation professionnelle actuelle

Ministère : .... Date d'embauche : | | | | | | | | |

Nature de l'emploi : ....

☐ Titulaire ☐ Stagiaire ☐ Autre : ....

Nom et adresse de l'établissement d'exercice : ....

....

Informations complémentaires

Etes-vous pris en charge à 100% pour une affection : ☐ Non ☐ Oui depuis | | | | | | | |

Etes-vous pris en charge à 100% pour maternité : ☐ Non ☐ Oui depuis | | | | | | | |

A .... **Signature de l'assuré(e) :**

le | | | | | | | | |

ENFANT(S) à charge à rattacher

Nom : ..... Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Prénoms : ..... Lieu de naissance : .....

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Dépt naissance : |__|__|__|

Activité : ☐ Elève ☐ Apprenti(e) ☐ Etudiant(e) ☐ Salarié(e) ☐ Sans emploi ☐ Autre : .....

Situation Sécurité sociale: Ayant droit ☐ du père ☐ de la mère ☐ Assuré(e) social(e) Régime : .....

Centre de Sécurité sociale : .....

Prise en charge à 100% pour une affection : ☐ Non ☐ Oui depuis |__|__|__|__|__|__|__|__|

Nom : ..... Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Prénoms : ..... Lieu de naissance : .....

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Dépt naissance : |__|__|__|

Activité : ☐ Elève ☐ Apprenti(e) ☐ Etudiant(e) ☐ Salarié(e) ☐ Sans emploi ☐ Autre : .....

Situation Sécurité sociale: Ayant droit ☐ du père ☐ de la mère ☐ Assuré(e) social(e) Régime : .....

Centre de Sécurité sociale : .....

Prise en charge à 100% pour une affection : ☐ Non ☐ Oui depuis |__|__|__|__|__|__|__|__|

Nom : ..... Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Prénoms : ..... Lieu de naissance : .....

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Dépt naissance : |__|__|__|

Activité : ☐ Elève ☐ Apprenti(e) ☐ Etudiant(e) ☐ Salarié(e) ☐ Sans emploi ☐ Autre : .....

Situation Sécurité sociale: Ayant droit ☐ du père ☐ de la mère ☐ Assuré(e) social(e) Régime : .....

Centre de Sécurité sociale : .....

Prise en charge à 100% pour une affection : ☐ Non ☐ Oui depuis |__|__|__|__|__|__|__|__|

Nom : ..... Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Prénoms : ..... Lieu de naissance : .....

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Dépt naissance : |__|__|__|

Activité : ☐ Elève ☐ Apprenti(e) ☐ Etudiant(e) ☐ Salarié(e) ☐ Sans emploi ☐ Autre : .....

Situation Sécurité sociale: Ayant droit ☐ du père ☐ de la mère ☐ Assuré(e) social(e) Régime : .....

Centre de Sécurité sociale : .....

Prise en charge à 100% pour une affection : ☐ Non ☐ Oui depuis |__|__|__|__|__|__|__|__|

A ..... **Signature de l'assuré(e) :**

le |__|__|__|__|__|__|__|__|

A envoyer :

Par email : info@mage.fr

Par courrier : MAGE 43 rue Jaboulay
69349 LYON CEDEX 07
01.43.29.15.75

ref59 06/2019

La loi n°78-17 du 6/01/78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux individus un droit d'accès et de rectification pour les informations les concernant. Ce droit peut être exercé auprès de votre section MAGE.