

**BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION POUR L’AGENT OUVRANT DROIT
AU CONTRAT N° 93006.IDCP.01 SOUSCRIT PAR LA CCAS**

CCAS - DIRECTION PRÉVOYANCE ASSURANCES - 8 rue de Rosny - BP 629 - 93104 MONTREUIL CEDEX - Tél : 0 800 00 50 45

Demande d'affiliation Demande de modification Date d'effet de l'affiliation/modification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(au plus tôt le jour où le bulletin d'affiliation a été reçu et agréé par la CCAS, sous réserve des formalités médicales)

IDENTIFICATION DE L’OUVRANT DROIT

Madame Monsieur NIA

Nom et Prénom(s)

Nom de naissance Date de Naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse

Code postal |_|_|_|_|_| Ville

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

Nb d'enfant(s) à charge Nb d'enfant(s) handicapé(s)

Date d'entrée dans les IEG : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Classement : NRI_|_|_|_| Échelon |_|_| Majoration résidentielle |_|_|

Si pensionné, n° de pension Salaire/pension annuel brut€

CAS de (précisez en toutes lettres) SLVi n° |_|_|_|

CHOIX DES GARANTIES ET/OU DES CAPITAUX (EN FONCTION DE L'ÂGE DE L'AGENT À AFFILIER)

Décès « Toutes Causes » Oui Non

en % du salaire de l'agent ou de la pension

Souscription avant 54 ans inclus

Jusqu'à l'âge de départ à la retraite + 12 mois 50% 100% 150% 200% 400%

De l'âge de départ à la retraite + 12 mois à 70 ans inclus si pas d'enfant à charge 50% 100% 150% 200%

De l'âge de départ à la retraite + 12 mois à 72 ans inclus si au moins un enfant à charge 50% 100% 150% 200% 400%

Souscription à compter de 55 ans inclus

De l'âge de départ à la retraite + 12 mois à 72 ans inclus si au moins un enfant à charge 50% 100% 150% 200%

À compter de l'âge de départ à la retraite + 12 mois, les modifications se font uniquement à la baisse

Invalidité « Toutes Causes » (si Décès « Toutes Causes » non souscrit) Oui Non

agent en activité seulement, en % du salaire de l'agent

Jusqu'à 54 ans inclus 50% 100% 150% 200% 400%

De 55 ans à l'âge de départ à la retraite 50% 100% 150% 200%

Rente viagère de conjoint* en cas de décès Oui Non

en % du salaire de l'agent

Jusqu'à 49 ans inclus Option 1 Option 2 Option 3 Option 4
(option détaillée dans la notice)

Rente temporaire d'éducation en cas de décès Oui Non

en % du salaire de l'agent

Jusqu'à l'âge de départ à la retraite + 12 mois Option 1 Option 2 (option détaillée dans la notice)

Rente viagère en cas de survenance d'un handicap atteignant un enfant Oui Non

en % du salaire de l'agent

Option 15 Option 20 Option 30
(option détaillée dans la notice)

Décès et/ou infirmité permanente par accident Oui Si oui, indiquez la répartition (de 0 à 100)
 Non entre le capital Décès [] et le capital Infirmité []

en % du salaire de l'agent ou de la pension

Jusqu'à l'âge de départ à la retraite + 12 mois 100% 200% 400% 600% 800%

Jusqu'à 79 ans inclus en cas de modification 100% 200% 400% 600% 800%

COTISATION - CADRE RÉSERVÉ À LA CCAS

Taux de cotisation pour les garanties sur le salaire (ou la pension) %

* Conjoint : conjoint marié, partenaire d'un PACS ou concubin.

ATTRIBUTION BÉNÉFICIAIRE PARTICULIER DU CAPITAL DÉCÈS

Si vous désirez que le capital garanti ne soit pas attribué suivant la clause contractuelle type figurant ci-après, ou si, en cours de contrat, vous souhaitez désigner un (ou plusieurs) autre(s) bénéficiaire(s), vous devez désigner expressément le (ou les) bénéficiaire(s) de votre choix en indiquant ci-après leurs nom, prénom(s), date et lieu de naissance. *L'assureur et la CCAS attirent votre attention sur la nécessité de mettre à jour régulièrement votre (vos) désignation(s) de bénéficiaire(s) particulière(s).* Avec votre accord, toute attribution bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation.

DÉCÈS « TOUTE CAUSES »	Nom - Prénom(s)	Date et lieu de naissance	Un seul bénéficiaire ou à répartir selon %
Bénéficiaire(s) particulier(s) / / à .....	.....
 / / à .....	.....
 / / à .....	.....
 / / à .....	.....
À défaut / / à .....	.....
 / / à .....	.....

Total = 100 %

DÉCÈS « ACCIDENTEL »	Nom - Prénom(s)	Date et lieu de naissance	Un seul bénéficiaire ou à répartir selon %
Bénéficiaire(s) particulier(s) / / à .....	.....
 / / à .....	.....
 / / à .....	.....
 / / à .....	.....
À défaut / / à .....	.....
 / / à .....	.....

Total = 100 %

DROIT DE RENONCIATION

Vous aurez la possibilité de renoncer à votre affiliation au contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de renvoi de votre Bulletin Individuel d'Affiliation au contrat. Cette renonciation doit reproduire le texte suivant : « Je soussigné(e) déclare renoncer expressément à mon affiliation au contrat n° 93006.IDCP.01 et demande le remboursement de la cotisation versée dans les conditions définies par l'article L.223-8 du Code de la mutualité. » La renonciation entraîne la restitution de toutes les sommes que vous avez versées dans un délai maximal de 30 jours calendaires révolus à compter de la lettre recommandée par l'assureur.

ATTRIBUTION BÉNÉFICIAIRE

CLAUSE BÉNÉFICIAIRE :

Sauf stipulation contraire valable au jour de votre décès, le capital garanti revient à votre conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement ou à votre partenaire survivant avec lequel vous êtes lié par un pacte civil de solidarité, à défaut à vos enfants, nés et à naître, légitimes ou naturels, vivants ou représentés comme en matière de succession et à défaut à vos autres héritiers.

ACCEPTATION :

Avec votre accord, toute attribution bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation, au terme d'un délai de 30 jours au moins suivant la date d'effet de votre affiliation au contrat lorsque la désignation est effectuée à titre gratuit. Tant que vous êtes en vie, cette acceptation doit être formalisée soit par un avenant signé de l'assureur, de vous-même et du bénéficiaire, soit par un acte authentique ou sous seing privé signé de vous-même et du bénéficiaire. L'acceptation n'est opposable à l'assureur que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit. La preuve de cette notification incombe à la personne qui entend s'en prévaloir.

Votre attention est attirée sur le fait que l'attribution faite au profit d'un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de ce bénéficiaire dans les conditions ci-dessus.

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 et du règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, en justifiant de votre identité, vous êtes habilités à exercer vos droits d'opposition, d'accès, d'effacement, de portabilité et de rectification pour toute information vous concernant qui figurerait sur les fichiers à usage de la société d'assurances, de ses mandataires et réassureurs, et des organismes participant à la gestion du contrat. Ces informations peuvent également être utilisées à des fins commerciales, à l'exclusion de vos données de santé, au bénéfice d'autres sociétés du groupe et de leurs partenaires. Si vous ne le souhaitez pas, vous pouvez vous y opposer. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de communication et de rectification en adressant votre demande à : SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE - CS 31401 - 13785 AUBAGNE CEDEX.

Je soussigné(e) (nom et prénom) autorise la CCAS à souscrire l'assurance en cas de décès sur ma tête conformément aux dispositions du contrat dont j'ai pris connaissance et reçu la notice d'information.

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations servant de base à mon affiliation au contrat, dont je prends la responsabilité même si elles sont écrites par une autre personne.

J'atteste par ailleurs avoir pris connaissance des conditions d'admission à l'assurance et d'attribution du bénéfice de l'assurance décès figurant ci-dessus.

Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de mon affiliation conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité.

Fait à le

Signature de l'assuré(e) :

(à faire précéder de la mention « lu et approuvé »)