Solimut Mutuelle de France

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION PAR PERSONNE ASSURÉE

AU CONTRAT N° 93006 IDCP 01 SOUSCRIT PAR LA CCAS

CCAS – Immeuble René Le Guen – 8, rue de Rosny – BP 629 – 93104 MONTREUIL Cedex

Cadre réservé à la CCAS

CCAS www.ccas.fr

❑ Demande d'affiliation ❑ Demande de modification

Date d'effet de l'affiliation/modification I__I__I I__I__I I__I__I__I__I (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

❑ M. ❑ Mme Nom et prénoms _____

Nom de naissance _____ Date de naissance I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

Adresse _____

Code postal I__I__I__I__I__I Ville _____

Situation de famille ❑Célibataire ❑Marié(e) ❑Concubin(e) ❑Pacsé(e) ❑ Divorcé(e) ❑Séparé(e) ❑Veuf(ve) Nb d'enfant(s) à charge _____

N° identifiant agent (NIA) _____ Date d'entrée dans IEG I__I__I I__I__I I__I__I__I__I Classement : NR I__I__I__I Échelon I__I__I

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

CAS de (précisez en toutes lettres) _____ SLVie n° : I__I__I

IDENTIFICATION DE L'ASSURE(E) (SI DIFFERENT(E) DE L'OUVRANT DROIT)

❑ M. ❑ Mme Nom et prénoms _____

Nom de naissance _____ Date de naissance I__I__I I__I__I I__I__I__I__I Lien de parenté avec l'ouvrant droit _____

Adresse _____ Code postal I__I__I__I__I__I

Ville _____ Êtes-vous en activité professionnelle ? ❑ Oui ❑ Non Êtes-vous retraité ? ❑ Oui ❑ Non

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

CHOIX DES GARANTIES ET/OU DES CAPITAUX (EN FONCTION DE L'AGE DE LA PERSONNE A AFFILIER)

DECES « TOUTES CAUSES »		❑ Oui ❑ Non
Si ouvrant droit ou conjoint* (en% du salaire de l'agent ou de la pension **ou, pour un conjoint d'agent décédé, de la pension de réversion ou de 60 % du PASS**)	*Souscription avant 54 ans inclus*	
	→ jusqu'à 59 ans inclus	❑ 50 % ❑ 100 % ❑ 150 % ❑ 200 % ❑ 250 % ❑ 300 % ❑ 400 %
	→ de 60 à 67 ans inclus si pas d'enfant à charge	❑ 50 % ❑ 100 % ❑ 150 % ❑ 200 %
	→ de 60 à 71 ans inclus tant qu'il y a au moins un enfant à charge	❑ 50 % ❑ 100 % ❑ 150 % ❑200 % ❑ 250 % ❑ 300 % ❑ 400 %
	Souscription à compter de 55 ans inclus	
	→ jusqu'à 67 ans inclus ou 71 ans inclus tant qu'il y a au moins un enfant à charge	❑ 50 % ❑ 100 % ❑ 150 % ❑ 200 %
	À compter de 60 ans ou de la liquidation de la pension vieillesse, les modifications se font uniquement à la baisse	
Si enfant à charge (en% du plafond annuel de la Sécurité sociale)	de 12 à 21 ans ou 26 ans **	❑10 % ❑20 % ❑30 % ❑40 % ❑50 % ❑60 % ❑70 % ❑ 80 % ❑90 % ❑100 %
Si ascendant à charge (en% du plafond annuel de la Sécurité sociale)	jusqu'à 74 ans inclus	❑10 % ❑20 % ❑30 % ❑40 % ❑50 % ❑60 % ❑70 % ❑ 80 % ❑90 % ❑100 %
	de 75 à 84 ans inclus	❑10 % ❑20 %
	à partir de 85 ans	❑10 %
INVALIDITE « 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 % ❑ 250 % ❑ 300 % ❑ 400 %
	de 55 à 59 ans inclus	❑ 50 % ❑ 100 % ❑150 % ❑200 %
Rente viagère de conjoint en cas de décès		❑ Oui ❑ Non
(si ouvrant droit ou conjoint*, 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 éducation en cas de décès		❑ Oui ❑ Non
(si ouvrant droit ou conjoint*, en % du salaire de l'agent)	jusqu'à 59 ans inclus	❑ Option A ❑ Option B (option détaillée dans la notice)
Rente viagère en cas de survenance d'un handicap atteignant un enfant		❑ Oui ❑ Non
(si ouvrant droit ou conjoint*, 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 ❑ Non Si oui, indiquez la répartition (de 0 à 100) entre le capital Décès_____ et le capital Infirmité___ ____
Si ouvrant droit ou conjoint * (en % du salaire de l'agent ou de la pension)	jusqu'à 64 ans inclus	❑50 % ❑100 % ❑200 % ❑300 % ❑400 % ❑500 % ❑600 % ❑700 % ❑800 %
	jusqu'à 75 ans en cas de modification	❑50 % ❑100 % ❑200 % ❑300 % ❑400 % ❑500 % ❑600 % ❑700 % ❑800 %
Si enfant à charge (en % du plafond annuel de la Sécurité sociale)	jusqu'à 11 ans inclus	❑10 %***
	de 12 à 21 ans ou 26 ans **	❑10 % ❑20 % ❑30 % ❑40 % ❑50 % ❑60 % ❑70 % ❑ 80 % ❑90 % ❑100 %
Si ascendant à charge (en % du plafond annuel de la Sécurité sociale)	jusqu'à 74 ans inclus	❑10 % ❑20 % ❑30 % ❑40 % ❑50 % ❑60 % ❑70 % ❑ 80 % ❑90 % ❑100 %
	de 75 à 84 ans inclus	❑10 % ❑20 %
	à partir de 85 ans	❑10 %

HOSPITALISATION PAR SUITE D'ACCIDENT	❑ Oui ❑ Non

COTISATION - Cadre réservé à la CCAS

Taux de cotisation pour les garanties sur le salaire (ou la pension)_____%	Taux de cotisation pour les garanties assises sur le plafond de la Sécurité sociale_____%

*Conjoint : conjoint marié, partenaire d'un PACS ou concubin ** si études ou apprentissage ou sans limite d'âge pour l'enfant handicapé *** uniquement sur le risque infirmité

Attribution beneficiaire particulier du capital Deces

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 leur nom, prénoms, 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) particulier(s).

Avec votre accord, toute attribution bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation.

Décès « Toutes causes »	Nom - Prénoms	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 - Prénoms	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 réception de la lettre recommandée par l'assureur.

Attribution beneficiaire

CLAUSE BÉNÉFICIAIRE :

SI VOUS ÊTES UN AGENT ASSURÉ : 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, à défaut à vos père et mère et à défaut à vos autres héritiers.

SI VOUS ÊTES UN CONJOINT (NON OUVRANT DROIT), UN ENFANT OU UN ASCENDANT ASSURÉ : sauf stipulation contraire valable au jour de votre décès, le capital garanti revient à l'agent, à défaut, 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.

SI VOUS ÊTES UN CONJOINT OUVRANT DROIT : sauf stipulation contraire valable au jour de votre décès, le capital garanti revient 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.

SI VOUS ÊTES UN ENFANT MINEUR À CHARGE : le capital garanti revient à l'agent, à défaut à la personne ayant supporté les frais d'obsèques 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 2016/649 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.

Signature de l'assuré(e) :
(à faire précéder de la mention « lu et approuvé »)

Fait à_____ **le**