

CODE APORTEUR :

STRUCTURE

RAISON SOCIALE :

CODE POSTAL : - VILLE :

IDENTIFICATION DE L'ENSEIGNANT

DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION : ____/____/____

MME M. NOM : NOM JEUNE FILLE : PRÉNOM :

SITUATION FAMILIALE : CÉLIBATAIRE MARIÉ(E) PACSÉ(E) VIE MARITALE CONCUBIN DIVORCÉ(E) VEUF(VE)

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____ - NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

RÉGIME : GÉNÉRAL LOCAL (ALSACE-MOSELLE) / (Je bénéficie de la télétransmission. En cas de refus, cochez ici :)

ADRESSE :

CODE POSTAL : - VILLE :

EMAIL : TÉLÉPHONE : - PORTABLE :

AFFILIATION AUX GARANTIES

Je choisis ma garantie : E3P0 E3P1 E3P2 E3P3

AFFILIATION DES AYANTS-DROIT À TITRE FACULTATIF

Chaque ayant-droit **doit adhérer** aux mêmes garanties que l'adhérent principal.

	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° D'ASSURÉ(E) SOCIAL(E) Pour les enfants, précisez le n° de Séc. Soc. de rattachement	RÉGIME	Télé-transmission
Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> MME		____/____/____	<input type="checkbox"/> GÉNÉRAL <input type="checkbox"/> LOCAL A/M	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant 1	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> MME		____/____/____	<input type="checkbox"/> GÉNÉRAL <input type="checkbox"/> LOCAL A/M	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant 2	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> MME		____/____/____	<input type="checkbox"/> GÉNÉRAL <input type="checkbox"/> LOCAL A/M	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant 3	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> MME		____/____/____	<input type="checkbox"/> GÉNÉRAL <input type="checkbox"/> LOCAL A/M	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant 4	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> MME		____/____/____	<input type="checkbox"/> GÉNÉRAL <input type="checkbox"/> LOCAL A/M	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

LES COTISATIONS (ENSEIGNANTS EN ACTIVITÉ) - GRATUITÉ À PARTIR DU 3^{ÈME} ENFANT

PMSS 2018* : 3321€

Le PMSS est donné à titre indicatif. Les montants en euros seront calculés sur le PMSS 2018. Ils sont susceptibles d'être modifiés et sont donc non contractuels.

TARIF 2018	E3P0	E3P1	E3P2	E3P3
Régime Général	% PMSS	% PMSS	% PMSS	% PMSS
Enseignant	1,240%	1,517%	1,970%	2,141%
Conjoint	1,240%	1,517%	1,970%	2,141%
Enfant	0,598%	0,750%	0,999%	1,094%
Régime Alsace-Moselle	% PMSS	% PMSS	% PMSS	% PMSS
Enseignant	0,743%	1,020%	1,473%	1,644%
Conjoint	0,743%	1,020%	1,473%	1,644%
Enfant	0,359%	0,511%	0,761%	0,855%

La cotisation annuelle d'Emanens Association est de 3€.

*PMSS 2018 prévisionnel, en attente de la publication au Journal Officiel en décembre 2017

PIÈCES À JOINDRE

- La photocopie des attestations de droit de la Carte Vitale pour l'ensemble des personnes affiliées
- 1 certificat/attestation pour les enfants de plus de 16 ans et de moins de 28 ans (scolarité, pôle emploi, apprentissage...)
- 1 attestation d'activité
- 1 RIB pour les prélèvements, accompagné du mandat de prélèvement SEPA, complété et signé
- 1 RIB pour le versement des prestations

SIGNATURE

Fait à :

Le : ____ / ____ / ____

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies.

DOCUMENTS À RETOURNER PAR COURRIER À

MNEC/IDENTITÉS MUTUELLE
14 PLACE DE LA VACQUERIE
62000 ARRAS

Je demande à adhérer à l'Association EMANENS, 1 rue saint Vincent - 30100 Ales et au contrat d'assurance santé groupe souscrit par l'Association EMANENS auprès d'Identités Mutuelle, Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité, SIREN 379 655 541, sise 24 boulevard de Courcelles 75017 Paris. • Je certifie avoir reçu et pris connaissance de la notice valant Conditions générales, du tableau des garanties et des tarifs, des Statuts et du Règlement Intérieur Identités Mutuelle, de la Notice d'information "Garantie d'Assistance" assurée par RMA ainsi que des Statuts Emanens Association. J'autorise l'échange de données entre Identités Mutuelle et ma caisse de Sécurité sociale afin de bénéficier de la télétransmission. • 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 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. Ce même droit est applicable à toute personne physique ayant adhéré, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un contrat à distance. Ce délai commence à courir : soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, si cette dernière date est postérieure. Un modèle de lettre figure dans la notice. • Les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la gestion de votre contrat et peuvent être utilisées à des fins de sollicitations commerciales sauf refus de votre part. Elles peuvent être communiquées aux partenaires de la Mutuelle uniquement aux fins d'exécution des garanties souscrites. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux informations qui vous concernent, droit que vous pouvez exercer auprès d'Identités Mutuelle, Service Qualité, 24 boulevard de Courcelles 75017 Paris. Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 784 442 915.