

CODE APORTEUR :

STRUCTURE

RAISON SOCIALE :

CODE POSTAL : - VILLE :

IDENTIFICATION DE L'ENSEIGNANT

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

MME M. NOM : NOM DE NAISSANCE : PRÉNOM :

SITUATION FAMILIALE : CÉLIBATAIRE MARIÉ(E) PACSÉ(E) 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

COTISATIONS – GRATUITÉ À PARTIR DU 3^{ÈME} ENFANT

BÉNÉFICIAIRE	OPTION ALLOCATION OBSÈQUES*		COTISATION MENSUELLE COMPLÉMENTAIRE		TOTAL
	1000 €	2000 €	Complémentaire	Obsèques	
Adhérent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		+	
Conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		+	
Enfant 1					
Enfant 2					
Périodicité paiement des cotisations <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> annuelle			COTISATION MENSUELLE TOTALE	€ TTC
Emanens Association			COTISATION ANNUELLE		3 €

* Une seule option obsèques par bénéficiaire. L'option ne peut être souscrite qu'au profit d'un assuré de plus de 18 ans.

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 sur l'honneur déclarant que vous êtes ou avez été enseignant(e)
- 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. • Conformément au Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données et à la loi informatique et libertés modifiée, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données et d'un droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après la mort, sauf si la réglementation ne le permet pas. L'exercice de ces droits peut être réalisé à l'adresse suivante : Identités Mutuelle Service Qualité Protection des données, 24 boulevard de Courcelles, 75017 PARIS. Le délégué à la protection des données peut également être contacté par mail à l'adresse suivante : dpo@identites-mutuelle.com. Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 784 442 915.