



42 Square Friant
80000 AMIENS

Tél. 09 70 82 82 84

Mail : picardie.cmcas015@asmeq.org

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Caisse Mutuelle Complémentaire
et d'Action Sociale
du personnel des industries électriques et gazières

Conformément à la loi du 6 janvier 1978, les informations enregistrées restent accessibles auprès de l'organisme désigné ci-dessus, et peuvent être rectifiées sur votre demande.

OPERATION SOUHAITÉE

Cochez les cases correspondantes

		Rubriques à compléter	Justificatifs à joindre
CRÉATION	<input type="checkbox"/> STATUTAIRE	1. 2. 3. (5/8). 9.10.11.12	A. (C/E) . (D/E). I. K
	<input type="checkbox"/> SOUS CONTRAT	1. 2. 3. 6. 9.10.11.12	A. (C/E) . (D/E). I. J
CHANGEMENT	<input type="checkbox"/> DE CMCAS	1. 2. 3. 4. 5. 7. 8. 9.10.11.12	A. C. (D/E). I. K
	<input type="checkbox"/> D'ADRESSE	1. 2	
	<input type="checkbox"/> DE SLVie	1. 2	
MODIFICATION DE SITUATION FAMILIALE	<input type="checkbox"/> NAISSANCE	1. 2. 12	F. I
	<input type="checkbox"/> MARIAGE	1. 2. 3. 9.10.12	(D/E). I. L
	<input type="checkbox"/> CONCUBINAGE OU PACS	1. 2. 3. 9.10.11.12	(D/E). I.
	<input type="checkbox"/> SÉPARATION	1. 2. 3. 9.12	H
	<input type="checkbox"/> DIVORCE	1. 2. 3. 9.12	H. I
	<input type="checkbox"/> DÉCÈS	1. 2	G

LISTE DE JUSTIFICATIFS À JOINDRE

- A** Un RIB ou un RIP
- B** Copie de l'attestation papier « Carte Activ »
- C** Dernier avis d'imposition ou de non imposition, en votre possession*
- D** Dernier avis d'imposition ou de non imposition du conjoint, en votre possession*
- E** Copie des 3 derniers bulletins de salaire
- F** Acte de naissance
- G** Acte de décès
- H** Copie du jugement de séparation ou de divorce
- I** Copie du livret de famille tenu à jour à défaut photocopie de la carte d'identité
- J** Copie du contrat (exemple CDD, CDI, apprentissage, etc...)
- K** Avis de mouvement du personnel
- L** Acte de mariage

* **IMPORTANT** Cochez cette case si vous ne souhaitez pas donner votre avis d'imposition. Dans ce cas, le coefficient maximum, soit 999999 € / 1 part, sera retenu pour toute activité demandée.

OUVRANT-DROIT

1

Section Locale de Vie N° NIA
(sauf si création)

2

Monsieur Madame

Nom Prénom

Nom de naissance Né(e) le

Tél. domicile Bureau Mobile

Email

En nous fournissant cette adresse, vous nous autorisez à utiliser ce moyen de communication pour vous adresser des informations de la CMCAS et de la CCAS. Merci de privilégier une adresse personnelle.

Adresse

Code postal Ville

3

SITUATION DE FAMILLE * Concubinage et PACS merci de remplir impérativement la rubrique n°11

Célibataire Marié Divorcé Veuf(ve) Concubinage* PACS*

4

CMCAS précédente

5

STATUTAIRE * Ces informations figurent sur le bulletin de salaire

Employeur* Code entreprise (EG)*

N° d'unité (DUM)* N° sous-unité (UO)* N° NNI*

Adresse du lieu de travail

Si suite à mutation, indiquer le lieu de travail quitté

Date **exacte** d'entrée dans les IEG Collège GF NR Échelon

6

EN CONTRAT

Employeur* Type de contrat (CDD, CDI, etc)

Adresse du lieu de travail

Date de début de contrat Date de fin de contrat prévue

7

VOUS ÊTES TITULAIRE D'UN CONTRAT IDCP

IDCP - Accident IDCP- Maladie IDCP- Famille Garantie Obsèques Dépendance

AGENT PENSIONNÉ

N° de pension Nature de la pension { Propre Orphelin Reversion
 Autre = Préciser

AYANT-DROIT - CONJOINT(E)

Monsieur Madame

Nom Prénom

Nom de naissance Né(e) le

Activité Professionnelle

SI VOTRE CONJOINT(E) EST ÉGALEMENT AGENT

CMCAS d'appartenance N° NIA

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE CONCUBINAGE OU DE PACS**Personne vivant avec l'OUVRANT DROIT**

Je soussigné(e)

Déclare sur l'honneur vivre en concubinage ou pacsé(e) avec

Nom Prénom

Date de naissance

Adresse

Code postal Ville

Fait à **SIGNATURE**

Le

OUVRANT DROIT

Je soussigné(e)

NIA SLVie

Confirme la présente attestation,

Fait à

SIGNATURE

Le

A/ Enfant(s) de l'Ouvrant Droit

Classer par ordre décroissant des âges

Nom - Prénom	Date de naissance	Sexe	Si autre lieu d'habitation que celui du foyer précisez le lieu
		F <input type="checkbox"/> :: M <input type="checkbox"/>	
		F <input type="checkbox"/> :: M <input type="checkbox"/>	
		F <input type="checkbox"/> :: M <input type="checkbox"/>	
		F <input type="checkbox"/> :: M <input type="checkbox"/>	
		F <input type="checkbox"/> :: M <input type="checkbox"/>	
		F <input type="checkbox"/> :: M <input type="checkbox"/>	

B/ Enfant(s) de l'Ayant Droit (conjoint)

Classer par ordre décroissant des âges

Nom - Prénom	Date de naissance	Sexe	Si autre lieu d'habitation que celui du foyer précisez le lieu
		F <input type="checkbox"/> :: M <input type="checkbox"/>	
		F <input type="checkbox"/> :: M <input type="checkbox"/>	
		F <input type="checkbox"/> :: M <input type="checkbox"/>	
		F <input type="checkbox"/> :: M <input type="checkbox"/>	
		F <input type="checkbox"/> :: M <input type="checkbox"/>	
		F <input type="checkbox"/> :: M <input type="checkbox"/>	

Pour les enfants de plus de 16 ans, nous fournir impérativement les justificatifs

(chômage, scolaire, apprentissage, salarié, invalide, etc)

Je soussigné(e)

Certifie sincères et exactes les indications portées sur la présente déclaration.

Fait à

SIGNATURE

Le.....