

FICHE DE RENSEIGNEMENTS



PERSONNEL RETRAITÉ/
PENSIONNÉ

NOM :

PRÉNOM :



IDENTITÉ

M./Mme Nom :

Prénom :

Date de naissance :

NIA :

SLVie :

Situation familiale :

Célibataire Marié.e Concubinage

Divorcé.e Séparé.e Veuf.ve Pacsé.e



SITUATION PROFESSIONNELLE



Vous êtes agent des IEG en inactivité :

Statutaire

Conventionné

Date d'arrivée dans les IEG (JJ/MM/AAAA) : / /

Date de mise en inactivité : / /

Vous êtes veuf ou veuve d'agent IEG

Vous êtes orphelin(e)

Vous êtes médecin des IEG à la retraite

Type de pension : direct reversion orphelin

conventionné médecin

Numéro de pension :

ADRESSE

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone domicile :

(liste rouge oui non

Téléphone professionnel :

Mobile :

Adresse e-mail personnelle :



FAMILLE

En cas de famille recomposée, mentionner pour chaque enfant de l'ouvrant-droit ou celui de son conjoint.

CONJOINT(E)

M. Mme Nom : Prénom :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

ENFANT(S)

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /
(JJ/MM/AAAA)

Sexe : masculin féminin

À charge non à charge garde alternée

Situation (1) : scolaire étudiant apprenti
 contrats divers
(professionnalisation/stage/CDD)
 à la recherche d'un emploi
 en situation de handicap
 autres (à préciser) :

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /
(JJ/MM/AAAA)

Sexe : masculin féminin

À charge non à charge garde alternée

Situation (1) : scolaire étudiant apprenti
 contrats divers
(professionnalisation/stage/CDD)
 à la recherche d'un emploi
 en situation de handicap
 autres (à préciser) :

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /
(JJ/MM/AAAA)

Sexe : masculin féminin

À charge non à charge garde alternée

Situation (1) : scolaire étudiant apprenti
 contrats divers
(professionnalisation/stage/CDD)
 à la recherche d'un emploi
 en situation de handicap
 autres (à préciser) :

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /
(JJ/MM/AAAA)

Sexe : masculin féminin

À charge non à charge garde alternée

Situation (1) : scolaire étudiant apprenti
 contrats divers
(professionnalisation/stage/CDD)
 à la recherche d'un emploi
 en situation de handicap
 autres (à préciser) :

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /
(JJ/MM/AAAA)

Sexe : masculin féminin

À charge non à charge garde alternée

Situation (1) : scolaire étudiant apprenti
 contrats divers
(professionnalisation/stage/CDD)
 à la recherche d'un emploi
 en situation de handicap
 autres (à préciser) :

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /
(JJ/MM/AAAA)

Sexe : masculin féminin

À charge non à charge garde alternée

Situation (1) : scolaire étudiant apprenti
 contrats divers
(professionnalisation/stage/CDD)
 à la recherche d'un emploi
 en situation de handicap
 autres (à préciser) :

PIÈCES JUSTIFICATIVES (À JOINDRE OBLIGATOIREMENT)

- Notification de pension de la Cniég
- Bulletin de pension de reversion de la Cniég
- Copie du livret de famille ou de la carte d'identité si vous êtes célibataire
- Copie de la carte d'identité de votre concubin(e)
- Copie du pacs ou attestation sur l'honneur de vie de couple
- RIB
- Copie de l'avis d'imposition des revenus de l'année n-2 de tous les membres du foyer ou copie des bulletins de paie. Doivent être lisibles : le nom, le nombre de parts, la rubrique «revenu fiscal de référence». Préciser le nom de l'ouvrant droit si différent. Le coefficient social, qui détermine votre participation financière aux Activités Sociales doit être recalculé chaque année à partir du dernier avis d'imposition, entraînant le renouvellement de votre «attestation Carte Activ!».

- Cocher cette case si vous ne souhaitez pas donner votre avis d'imposition
(dans ce cas-là, la tarification maximum sera appliquée pour toute activité demandée)

Pour vos enfants célibataires, selon le cas :

- jusqu'à 16 ans _____ néant
- de 16 ans à 26 ans
 - scolaire/étudiant _____ certificat de scolarité
 - apprenti _____ contrat d'apprentissage
 - contrats divers _____ contrat
(professionnalisation ou CDD ou stage)
 - à la recherche d'un emploi _____ justificatif de demandeur d'emploi
- jusqu'à 26 ans
 - enfant en famille d'accueil _____ attestation de l'organisme de placement
- invalidité - handicapé _____ carte d'invalidité/attestation d'allocation handicapé
- autres situations _____ veuillez vous rapprocher de votre SLVie ou CMCAS

DROIT D'OPPOSITION

Les organismes sociaux élaborent régulièrement de nouvelles offres de séjours vacances, de nouveaux contrats d'assurances, des aides aux familles et à la personne, et à d'autres encore, afin de répondre au mieux aux besoins que vous exprimez. Pour faire connaître ces offres et vous permettre d'en profiter nous pouvons être amenés à vous contacter par téléphone, par courrier ou par courrier électronique.

Cocher la case correspondante **si vous ne souhaitez pas recevoir** d'offres des organismes par :

- téléphone courrier courrier électronique

Cocher la case correspondante **si vous ne souhaitez pas** communiquer votre adresse :

- aux organisations syndicales aux fédérations syndicales

ASSURANCE CCAS - SATEC - PREVERE

Cocher la case correspondante **si vous êtes adhérent** :

- IDCP garantie obsèques contrat dépendance CSMR

CADRE RÉSERVÉ À LA CMCAS
SAISIE :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à signaler par écrit à la SLVie ou à la CMCAS tout changement de situation qui pourrait intervenir durant l'année.

DATE :

SIGNATURE DE L'OUVRANT DROIT :