Membre participant direct – Demande d'étude personnalisée 2009

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M. Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse personnelle : _____

_____

Code postal : |__|__|__|__|__| Ville : _____

Tél. perso : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Portable : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Mél : _____@_____

Nom de votre organisme employeur : _____

Date d'entrée dans la Fonction publique : |__|__|__|__|__|__| Tél. prof. : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Situation administrative :

❍ **Actif**, précisez si vous êtes :

☐ titulaire/CDI/stagiaire ☐ contractuel en CCD du |__|__|__|__|__|__| au |__|__|__|__|__|__|

☐ vacataire en CDD du |__|__|__|__|__|__| au |__|__|__|__|__|__|

Catégorie : ☐A ☐B ☐C

Indice INM (indice nouveau majoré) : _____ /Salaire brut mensuel hors prime : _____€

☐ Temps plein

☐ Temps partiel, précisez dans ce cas votre salaire brut mensuel hors prime perçu dans cette situation : _____€

❍ **Retraité**

Catégorie : ☐A ☐B ☐C Total des pensions et retraites : _____ €

Autres personnes à protéger

	Nom/Prénom	Précisez l'organisme employeur et le secteur d'activité (privé, Fonction publique)	Dispose de sa propre couverture sécurité sociale		Date de naissance
			Oui	Non	
Conjoint			☐	☐	
Enfant			☐	☐	
Enfant			☐	☐	
Enfant			☐	☐	

Commentaires :

Santé (actifs ET retraités)

❍ **Saule**
↳pour une couverture simple.

❍ **Erable**
↳pour une couverture avancée.

❍ **Chêne**
↳pour une couverture renforcée.

Prévoyance (actifs uniquement)

❍ **Basic**
↳incapacité de travail [maintien du salaire] + capital décès 70%.

❍ **Médiane**
↳incapacité de travail [maintien du salaire] + capital décès 100% + capital invalidité.

❍ **Optimale**
↳incapacité de travail + invalidité [maintien du salaire] + capital décès 130% + capital éducation.

Options

Rente mensuelle **Dépendance (actifs ET retraités)**			Maintien des primes **Incapacité et Invalidité (actifs uniquement)**
☐ **Niveau 1**	☐ **Niveau 2**	☐ **Niveau 3**	Incapacité : Niv.1☐ Niv.2☐ Niv.3☐ Niv.4☐ Niv.5☐ Niv.6☐ Niv.7☐ Niv.8☐ Niv.9☐ Niv.10☐
250 €	**500 €**	**600 €**	Invalidité : Niv.1☐ Niv.2☐ Niv.3☐ Niv.4☐ Niv.5☐ Niv.6☐ Niv.7☐ Niv.8☐ Niv.9☐ Niv.10☐

Veuillez compléter avec précision les informations demandées svp.

Document non contractuel