**MUTUELLE SANTE**

**Protection sociale complémentaire santé**

**Demande de participation employeur - Année 2018**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nouvelle adhésion : à remplir pour tout contrat labellisé (MNT ou autre).** | **Renouvellement annuel : à remplir et à retourner par courrier ou par mail pour tout contrat labellisé avant le 15 février 2018.** |

Cocher la case de l'employeur :

 Rennes Métropole  Ville de Rennes  Centre Communal d'Action Sociale

Nom d’usage : Nom de naissance (Nom de jeune fille) :

Prénom :…………………………………………. Matricule :

Direction : Service :

**Je souhaite le versement de la participation employeur à la protection sociale complémentaire, risque santé, pour l’année 2018, à compter du**

## **J’ai choisi le contrat labellisé suivant :**

Nom de l’organisme (assurance, mutuelle…)

Intitulé du contrat

## **Situation familiale (cocher la case correspondant à votre situation) :**

 Célibataire  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Séparé(e)

 Marié(e)  Pacsé(e)  Union libre

## **Nom(s), prénom(s) et date(s) de naissance des enfants à charge :**

*La CAF considère qu’un enfant est « à charge » si la famille assure financièrement son entretien matériel et en a la responsabilité affective et éducative, qu’il y ait ou non un lien de parenté avec l’enfant. Un enfant est à charge jusqu’à 20 ans et dans la limite où ses propres revenus n’excèdent pas 55% du SMIC.*

## **Autres aides :**

 Je ne bénéficie d’aucune autre aide à ce jour et m’engage à informer mon employeur en cas de changement.

 Je bénéficie de l’aide à l’acquisition d’une complémentaire santé (ACS) par la CPAM : joindre la copie de l’attestation indiquant le montant qui m’est versé.

 Je suis marié(e), pacsé(e) ou en union libre avec un (une) conjoint(e), apparaissant sur mon contrat de mutuelle, et bénéficiant d'une aide de son employeur public pour la complémentaire santé (employeur autre que la Ville de Rennes, le CCAS, Rennes Métropole ou la Caisse des Écoles) :

Nom et prénom du (de la) conjoint(e) :

Employeur du (de la) conjoint(e) :

Faire compléter à l’employeur public du (de la) conjoint(e) l’attestation au verso.

## **Joindre à ce formulaire :**

⮊ La copie de l’attestation d’adhésion pour 2018 ou copie de la carte de mutuelle 2018 si la notion de contrat labellisé y figure ainsi que le montant des cotisations.

**ET**

⮊ Pour le calcul du quotient familial (qui conditionnera le montant de la participation employeur) cocher la case correspondant à votre situation et joindre la copie du document indiqué :

|  |  |
| --- | --- |
| **Cas n°1 :** | **vous êtes allocataire CAF et avez un quotient familial calculé par la CAF :**   Attestation de paiement de la CAF mentionnant le quotient familial.  Attention, vous devez fournir un quotient prenant en compte vos revenus 2016, et donc attendre l'actualisation CAF (les quotients actualisés sont disponibles à partir du 01.02.18). |
| **Cas n°2 :** | **vous n'êtes pas allocataire CAF et percevez des prestations d'un autre organisme (MSA, SNCF…) :**   Copie de l'avis d’imposition 2017 (revenus 2016) et dernière attestation de paiement de l'organisme versant les prestations. Pour les couples non mariés, joindre les 2 avis d'imposition. |
| **Cas n°3 :** | **vous n'êtes pas allocataire CAF et ne percevez aucune prestation :**   Copie de l'avis d’imposition 2017 (revenus 2016). Pour les couples non mariés, joindre les 2 avis d'imposition. |
| **Cas n°4 :** | **vous ne souhaitez pas fournir d’éléments relatifs à votre quotient familial.** Vous percevrez donc le montant de participation correspondant à la tranche 6 (équivalent à 5€).   Je ne souhaite pas fournir d'éléments relatifs à mon quotient familial. |

Je déclare avoir pris connaissance du règlement d’attribution (consultable sur l'intra) et en accepter les conditions.

Fait à Rennes, le

Signature :

|  |
| --- |
| Informations :   * Pour toute nouvelle adhésion (souscription en cours d'année d'un contrat labellisé) : vous avez 6 semaines à partir de votre date de contrat labellisé pour renvoyer le dossier de demande de participation complet. Le versement de la participation employeur sera alors effectué avec effet rétroactif, c’est-à-dire à la date de votre adhésion. Au-delà de 6 semaines, la participation sera versée à compter du 1er du mois suivant la réception du dossier complet. * Pour le renouvellement annuel : pour bénéficier d'un versement à compter du 1er janvier, le dossier doit arriver complet avant le 15 février 2018. Après cette date, le versement de la participation intervient à compter du 1er du mois suivant la réception du dossier complet. |

✂-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Attestation employeur public du conjoint - Protection sociale complémentaire- Année 2018. A retourner uniquement si l'employeur public de votre conjoint verse une participation à la complémentaire santé.

Nom de l’employeur public du conjoint :

Représenté par :

Atteste employer (nom, prénom)

En qualité de (grade et le statut)

Et verser une participation au titre de la complémentaire santé sur un contrat labellisé.

Le montant mensuel de cette participation s’élève à €.

Date :

Cachet et signature :