

CONVENTION D'ADHÉSION COLLECTIVITÉ

CONTRAT COLLECTIF PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE

INFORMATIONS EMPLOYEUR

N° SIRET* :

Effectif* :

Département de rattachement* :

Raison sociale* :

Statut* : CENTRE DE GESTION CCAS COMMUNE COMMUNAUTÉ DE COMMUNES COMMUNAUTÉ D'AGGLOMERATION
 CONSEIL DÉPARTEMENTAL COS EHPAD SDIS DEPARTEMENTAL AUTRE

Adresse* :

Complément d'adresse :

Code Postal* :

Ville* :

REPRÉSENTANT LÉGAL DE LA COLLECTIVITÉ

Civilité* :

Nom* :

Prénom* :

Date de naissance* :

Lieu de naissance* :

Fonction :

Téléphone* :

Email* :

SIGNATAIRE DU PRÉSENT DOCUMENT (si différent du représentant légal de la collectivité)

Civilité :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Email :

ADHÉSION

Date de prise d'effet souhaitée* : 01/ mm/aaaa

Suite à la délibération du / / , je soussigné(e),

en qualité de , adhère à la Convention de Participation Prévoyance

souscrite par le CDG 49 auprès de Territoria Mutuelle.

Existence d'un précédent contrat collectif prévoyance : OUI NON**CHOIX DES GARANTIES**

Choix du niveau de couverture :

Couverture à hauteur de* : 90% 95%

*Cocher la case correspondante

SIGNATURE

La collectivité reconnaît avoir pris connaissance de la Convention de Participation en Prévoyance Complémentaire, et des pièces contractuelles afférentes.

La collectivité s'engage à permettre à Territoria Mutuelle de promouvoir le dispositif auprès des agents et à fournir les informations nécessaires à la gestion de la Convention de Participation.

SIGNATURE de la personne habilitée à engager la collectivité

FAIT À , LE

* Ces champs sont obligatoires

❯ **LISTE DES DOCUMENT À RETOURNER À MISEENMARCHE@TERRITORIA-MUTUELLE.FR**

- Ce bulletin complété, signé,
- La délibération de rattachement à la convention du CDG 49,
- La délibération précisant le fonctionnement de la prise en charge du régime indemnitaire,
- La délibération visant à fixer le montant de participation alloué par la collectivité.

*Les délibérations peuvent être transmises ultérieurement

Nous contacter

05 49 33 76 51