BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHÉSION AUX GARANTIES COMPLEMENTAIRES FACULTATIVES

Contrat Allianz — **Date d'effet : 01/01/2025**

RECOMMANDATIONS AVANT DE COMPLETER LE DOCUMENT

Le présent Bulletin Individuel d'Adhésion (BIA) doit être renseigné en LETTRES CAPITALES à l'aide d'un stylo de couleur noire ou bleue et tous les champs doivent être complétés. Si le formulaire est incomplet il sera retourné à la collectivité. Une copie du BIA dûment complété et signé de l'agent doit être conservée par la collectivité.

Ne pas oublier d'apposer la mention « lu et approuvé », le lieu, la date et de signer le bulletin.

Cadre réservé à la collectivité

N° SIRET : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Raison sociale: .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Cachet de la collectivité (obligatoire)

Cadre réservé à l'agent

☐ **Nouvelle adhésion** au contrat Collecteam **au** I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

☐ **Modifications d'adhésion** (annule et remplace la précédente) **au** I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

☐ Madame ☐ Monsieur Nom d'usage : .....

Nom de naissance : ..... Prénoms : .....

Date de naissance : I__I__I I__I__I I__I__I__I__I Matricule : .....

N° Sécurité sociale : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I I__I__I

Adresse : N° ..... Rue .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tel : ..... Mail : .....

Étiez-vous couvert précédemment par un contrat de maintien de salaire ? ☐ Oui ☐ Non

Date d'entrée dans la Fonction Publique Territoriale :

I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

☐ **Titulaire ou stagiaire** (affilié CNRACL)

☐ **Titulaire ou stagiaire non affilié à la CNRACL** (affilié à l'IRCANTEC)

☐ **Contractuel de droit public** (affilié à l'IRCANTEC)

☐ **Salarié de droit privé**, à préciser (assistant familial, apprenti) : .....

Assiette de cotisation retenue par la collectivité

Traitement de Base Indiciaire (TBI) + Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) + Régime Indemnitaire (RI)

Garanties retenues par la collectivité

Régime de base obligatoire :

- ➔ Incapacité temporaire de travail
- ➔ Invalidité permanente

Garanties complémentaires retenues par l'agent

(Cocher les garanties retenues)

☐ **Option 1 :** Perte de retraite
(Uniquement pour les agents affiliés CNRACL)

☐ **Option 2 :** Décès / Perte totale et irréversible d'autonomie

☐ **Option 3 :** Maintien du Régime Indemnitaire en incapacité temporaire de travail

Chaque option peut être choisie indépendamment et viendra s'ajouter au régime de base de la collectivité.

Conditions d'admission au contrat

L'agent signataire atteste :

- faire partie des effectifs d'une collectivité du groupement des CDG de la FPT des Pays de la Loire,
- être en activité normale de service et appartenir à l'une des catégories d'emploi définies dans le bulletin individuel d'adhésion, titulaire / stagiaire affilié à la CNRACL, titulaire / stagiaire affilié à l'IRCANTEC, contractuel de droit public affilié l'IRCANTEC, salarié de droit privé.
- n'être rémunérés ni à l'heure, ni à la journée,
- ne pas être en arrêt de travail.

Conditions générales d'adhésion aux garanties complémentaires facultatives :

- Les agents en activité normale de service (sans arrêt de travail) au 1er janvier 2025 peuvent adhérer aux garanties facultatives sans condition.
- Les agents nouvellement embauchés, peuvent adhérer aux garanties facultatives dans un délai d'un mois à compter de leur date d'embauche.
- Les agents placés en disponibilité de droit ou pour convenances personnelles peuvent adhérer aux garanties facultatives si la demande d'adhésion intervient dans le mois suivant le premier jour du mois civil qui suit la reprise effective de leur activité normale de service à temps complet.

Dans toutes les autres situations, les agents pourront adhérer aux garanties facultatives au 1er janvier de l'année, sous réserve de ne pas être en arrêt de travail, temps partiel thérapeutique ou congé parental d'éducation, maternité, paternité, adoption ou placés en disponibilité de droit ou pour convenances personnelles à cette date. La demande doit être formulée 2 mois avant le 1er janvier de l'année, soit au plus tard le 31 octobre de l'année N pour une prise d'effet le 1er janvier de l'année N+1.

Versement du capital en cas de décès (si souscrit)

Le capital garanti est versé :

- au conjoint, non séparé de corps de l'Assuré marié, et à défaut au partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité,
- à défaut, aux enfants de l'Assuré nés ou à naître, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres enfants ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas d'enfant,
- à défaut, aux père et mère par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant au survivant,
- à défaut, aux héritiers.

Engagement de l'agent

J'atteste avoir pris connaissance du résumé des garanties et accepte le prélèvement sur salaire de la cotisation.
Je demande mon affiliation et certifie complets et exacts les renseignements portés sur le présent bulletin. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code des Assurances (art L. 113-8) notamment la nullité des garanties.
Je m'engage à restituer l'intégralité des sommes perçues de l'organisme complémentaire au titre de mon incapacité temporaire de travail (en complément de mon demi-traitement) si, suite à reconnaissance d'un congé de longue maladie, de longue durée, grave maladie, ou imputable au service, je perçois (à effet rétroactif) la totalité du traitement de mon employeur.
J'autorise Collecteam à utiliser les coordonnées de contacts renseignées pour la gestion de mon dossier prévoyance (adhésion, sinistre, communication autre).

Mentions obligatoires

Vous bénéficiez du droit à la renonciation selon les modalités prévues par les dispositions des articles L112-9 du code des assurances, L932-15-1 du code de la Sécurité sociale ou L221-18-1 du code la mutualité. Les informations collectées par Collecteam font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion et l'exécution de votre contrat, à l'identification des irrégularités et à la vérification de la conformité légale et réglementaire en la matière. Ces informations sont à destination exclusive des services habilités de Collecteam, ses éventuels prestataires et sous-traitants, les organismes assureurs et, le cas échéant, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires. Elles seront conservées pendant une durée en adéquation avec leur finalité (cf www.collecteam.fr). Conformément au règlement (UE) 2016/679 vous disposez du droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement, droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier à Collecteam ou par mail à dpo@collecteam.fr avec une copie de votre pièce d'identité. Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.
Collecteam - SA au capital de 7 005 000€- SIREN 422 092 817- RCS ORLEANS – N°ORIAS 07 005 898 – www.orias.fr - société de courtage en assurance qui dépend de l'article L 520-1 II.b du Code des Assurances (liste des Compagnies d'assurance disponible sur notre site internet) dont l'activité est soumise au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest, CS 92459, 75 436 PARIS Cedex 09 – Allianz Vie – 1 Cours Michelet - 92076 PARIS LA DEFENSE Cedex- Service réclamation : reclamation@collecteam.fr

Fait à : .....

Le : .....

Signature de l'agent précédée
de la mention « lu et approuvé » :

Ce document est à retourner auprès du Service Ressources Humaines de votre collectivité.

TOUT BULLETIN INCOMPLET OU ERRONÉ SERA CONSIDÉRÉ COMME NUL