



BULLETIN DE DEMANDE D'ADHESION

CONTRAT COLLECTIF MAINTIEN DE SALAIRE



Nouvelle adhésion ⁽¹⁾ Modification du contrat ⁽¹⁾ Date d'effet souhaitée 01
mm/aaaa

VOS INFORMATIONS

Civilité : Nom : Nom de naissance :

Prénoms :

Lieu de naissance : Date de naissance :
jj/mm/aaaa

Situation de famille : ⁽¹⁾ Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Union libre Veuf(ve) Divorcé(e)

Nombre d'enfants à charge : Téléphone fixe : Portable :

Email personnel :

Adresse :

Complément d'adresse :

Code Postal : Ville :

N° de SECU :

VOTRE STATUT

Êtes vous en arrêt de travail pour maladie ou accident, en maladie fractionnée ou en disponibilité d'office pour raison de santé ? ⁽¹⁾ OUI NON

Êtes vous en temps partiel thérapeutique ? ⁽¹⁾ OUI NON

Filière : Préciser votre profession :

N° de matricule : Collectivité ou établissement :

Date d'entrée dans la collectivité ou établissement jj/mm/aaaa :

Catégorie : ⁽¹⁾ A B C Assistant(e) Familial(e)

Vous êtes un agent : ⁽¹⁾ CNRACL Titulaire IRCANTEC Titulaire (Contrat de travail < 28h) IRCANTEC Non-titulaire Autres

> LISTE DES DOCUMENTS À RETOURNER

- Le bulletin d'adhésion, préalablement rempli et signé
- L'imprimé de désignation du ou des bénéficiaires en cas de décès UNIQUEMENT si vous adhérez à la garantie décès-PTIA



A renvoyer à :

Pôle Ressources Humaines
2 RUE MEGEVAND
25034 BESANCON CEDEX
protection.sociale.complementaire
@grandbesancon.fr

CHOISISSEZ VOS GARANTIES

GARANTIES OBLIGATOIRES ⁽¹⁾

MAINTIEN DE SALAIRE

GARANTIES OPTIONNELLES ⁽¹⁾

GARANTIE INVALIDITÉ

GARANTIE CAPITAL DÉCÈS & PTIA (Perte totale et irréversible d'autonomie)

Clause contractuelle

Désignation particulière de bénéficiaire : remplir le document « clause de désignation de bénéficiaire »

GARANTIE PERTE DE RETRAITE (uniquement pour les agents CNRACL et si la garantie invalidité souscrite)

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Je disposais d'un contrat de même nature chez un précédent assureur

J'accepte de recevoir par email des offres et informations de TERRITORIA MUTUELLE

FAIT À , LE

SIGNATURE

⁽¹⁾ cocher la case correspondante

En signant, j'autorise les services de ma collectivité à fournir à TERRITORIA MUTUELLE les informations nécessaires à la gestion du contrat

A compter de la prise d'effet de l'adhésion, je dispose d'un délai de 30 jours calendaires pour renoncer à mon adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception, à envoyer à TERRITORIA MUTUELLE - CS 76016 - 79185 CHAURAY CEDEX

Exemple de lettre de renonciation : « Je soussigné (nom, prénom) demeurant (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro adhésion) au contrat collectif à adhésion facultative conclu après de la mutuelle. Fait à Le ».

En signant, j'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document et m'engage à en signaler toute modification. Je certifie avoir été sollicité par TERRITORIA MUTUELLE pour déterminer mes besoins et exigences en matière de couverture prévoyance complémentaire afin de recevoir un conseil adapté à ma situation et à mon budget. J'atteste avoir pris connaissance de la notice d'information et des statuts disponibles sur territoria-mutuelle.fr ou à la demande au 05 49 33 76 51. La collecte et la conservation de vos données personnelles est effectuée par TERRITORIA MUTUELLE afin d'assurer la gestion administrative et commerciale de votre dossier, ainsi que pour répondre aux exigences réglementaires qui encadrent votre contrat. Celles-ci sont transmises aux partenaires de gestion afin de mettre en œuvre l'ensemble de vos garanties.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition, de portabilité, ainsi qu'un droit à la limitation du traitement. Vous pouvez exercer ces droits à tout moment en contactant notre délégué à la protection des données personnelles par mail à dpo@territoria-mutuelle.fr ou par courrier à TERRITORIA MUTUELLE - à l'attention du DPO.