

Contrat GENERALI

Date d'effet : 01/01/2019

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 BIA.

CADRE RESERVE A LA COLLECTIVITÉ

N° SIRET : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Raison sociale:

Adresse :

CP :

Ville :

Tél. :

Mail : @.....

Cachet de la collectivité (obligatoire)

CADRE RESERVE A L'AGENT

 NOUVELLE ADHESION au contrat COLLECTeam
au | | | | | | | |

 MODIFICATION D'ADHESION (annule et remplace la précédente)
au | | | | | | | |

 Madame Monsieur **Nom d'usage :**
Nom de naissance : **Prénoms :****N° Sécurité Sociale :** | | | | | | | | | | **Matricule :****Date de naissance :** | | | | | | | | **Tel :** **Mail :****Adresse : N°** **Rue****Code Postal :** **Ville :**Étiez-vous couvert précédemment par un contrat de maintien de salaire ? Oui Non**Date d'entrée dans la Fonction Publique Territoriale :** | | | | | | | | **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 Indiciaire Brut (TBI) + Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) + Régime Indemnitaire (RI)

FORMULE RETENUE PAR L'AGENT

(COCHER LA FORMULE ET LE NIVEAU DE GARANTIES CHOISIS)

 Formule 1 : Incapacité temporaire de travail**Niveau* :** 1 2 **Formule 2 :** Incapacité temporaire de travail / Invalidité permanente**Niveau* :** 1 2 **Formule 3 :** Incapacité temporaire de travail / Invalidité permanente / Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente**Niveau* :** 1 2

* Niveau 1 : RI pris en charge à hauteur de 50 % / Niveau 2 : RI pris en charge à hauteur de 95 %

OPTION RETENUE PAR L'AGENT

 Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie + Allocations Obsèques (l'option viendra s'ajouter à la formule choisie)

CONDITIONS D'ADMISSION AU CONTRAT

L'agent signataire atteste :

- ↘ faire partie des effectifs d'une collectivité adhérente à la convention de participation COLLECTeam / CDG13,
- ↘ être en activité normale de service et appartenir à l'une des catégories d'emploi définies ci-dessus,
- ↘ n'être rémunéré ni à l'heure, ni à la journée,
- ↘ ne pas être en arrêt de travail.

■ Conditions générales d'adhésion :

- ↘ Les agents en activité normale de service effective au moment de la prise d'effet peuvent adhérer sans condition.
- ↘ Les agents nouvellement embauchés, peuvent adhérer dans un délai de six mois à compter de leur date d'embauche.
- ↘ Les agents en congé parental d'éducation, maternité, paternité, adoption ou placés en disponibilité de droit ou pour convenances personnelles peuvent adhérer au contrat si la demande d'adhésion intervient dans les six mois suivant le premier jour du mois civil qui suit la reprise effective de leur activité normale de service à temps complet.
- ↘ Les agents en arrêt de travail à la date de prise d'effet du contrat pourront y adhérer :
 - dès leur reprise pour les agents déjà couverts par un contrat collectif de même nature antérieurement à la date de leur demande d'adhésion.
 - après une reprise effective de leur activité de 60 jours minimum pour les agents en arrêt de travail non couverts précédemment par un contrat de prévoyance.
- ↘ Les agents à temps partiel pour raison thérapeutique à la date de prise d'effet du contrat pourront y adhérer sans condition. Toutefois, les garanties s'appliqueront sous réserve que la maladie ou l'accident à l'origine du sinistre soit différent de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine de la situation d'incapacité à temps partiel pour raison thérapeutique ou invalidité existant antérieurement à la date d'effet du contrat. Les conséquences de la maladie ou de l'accident en cours à cette date ne seront pas prises en charge au titre du présent contrat.

Les agents ayant fait le choix de ne pas adhérer initialement, pourront adhérer au dispositif, sans questionnaire médical, ni majoration tarifaire, sous réserve qu'ils soient en activité effective de service pendant les 60 jours précédant la date d'effet de l'adhésion.

Dans tous les autres cas, les agents prennent la qualité d'assuré à la date d'adhésion souhaitée indiquée au recto sous réserve de respecter les conditions d'admission du contrat. A défaut, dès lors qu'ils respectent les conditions d'adhésion, les agents prennent la qualité d'assuré le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

VERSEMENT DU CAPITAL EN CAS DE DECES (SI SOUSCRIT)

Le capital garanti est versé :

- ↘ au conjoint, non séparé de droit de l'assuré marié,
- ↘ à défaut, aux enfants de l'Assuré nés ou à naître (vivants ou représentés comme en matière de succession), par parts égales,
- ↘ à défaut, aux ascendants par parts égales entre eux,
- ↘ à défaut, aux héritiers de l'assuré.

MENTIONS OBLIGATOIRES

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.

Les informations collectées par COLLECTeam directement auprès de vous font l'objet d'un traitement informatique destiné à la passation, 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, et seront conservées 10 ans à compter de la clôture du contrat. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), 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, 13 Rue de Croquechâtaigne - BP 30064 - 45380 La Chapelle-Saint-Mesmin, ou par mail à dpo@collecteam.fr. Merci de joindre la copie d'une pièce d'identité. Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Fait à

Le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Ce document est à retourner à :

Service Ressources Humaines
de votre Collectivité employeur

COLLECTeam
Centre de Gestion Prévoyance
13 rue Croquechâtaigne - BP 30064
45380 LA CHAPELLE-SAINT-MESMIN

Société de courtage en assurance de personnes
SA au capital de 7 005 000 €
RCS Orléans 422 092 817
N° ORIAS 07 005 898 - www.orias.fr

Tél 02 36 56 00 02
Email crc@collecteam.fr
Service réclamation :
reclamation@collecteam.fr

- TOUT BULLETIN INCOMPLET OU ERRONÉ SERA CONSIDÉRÉ COMME NUL -