

1 EMPLOYEUR N° Siret* []

Rattaché au Département du Centre de Gestion (n°) **36**

Raison Sociale* []

ADRESSE N° [] Voie []

Code postal []

Ville []

INTERLOCUTEUR AU SEIN DE LA COLLECTIVITÉ OU DE L'ÉTABLISSEMENT

EFFECTIF TOTAL* []

Nom []

Prénom []

Fonction []

Téléphone []

E-mail []

(*) Informations obligatoires

2 ADHÉSION Prise d'effet souhaitée le [] Montant de la participation : [] / agent / mois

A Avant d'adhérer au présent dispositif, si ma Collectivité ou mon Établissement avait précédemment souscrit un contrat collectif, je dois préalablement m'assurer qu'il ne sera plus en vigueur au 01/01/2023. A défaut, je dois penser à le résilier selon les modalités prévues par ledit contrat.

DÉFINITIVE si l'instance délibérante a déjà eu lieu (**Joindre la délibération**)

Suite à la délibération du []/ []/ [], je soussigné(e), [] en qualité de [] , adhère à la Convention de Participation Prévoyance souscrite par le groupement des CDG 18, 28, 36 et 41 avec le groupement AlterNative Courtage et Territoria Mutuelle.

PROVISOIRE si l'instance délibérante n'a pas encore eu lieu et que je sais que les modalités sont d'ores et déjà connues

Dans l'attente de la délibération du []/ []/ [], je soussigné(e), [] en qualité de [] , adhère à la Convention de Participation Prévoyance souscrite par le groupement des CDG 18, 28, 36 et 41 avec le groupement AlterNative Courtage et Territoria Mutuelle.

(Une fois la délibération confirmée, je m'engage à envoyer un Bulletin d'Adhésion Employeur DÉFINITIF selon les mêmes modalités. A défaut, je reconnais avoir pris connaissance que Territoria Mutuelle se réserve le droit de refuser l'adhésion de mes agents).

2a CARACTÈRE DE L'ADHÉSION RETENUE PAR MA COLLECTIVITÉ OU MON ÉTABLISSEMENT POUR MES AGENTS

Adhésion facultative

Adhésion obligatoire (**Joindre l'accord collectif majoritaire**)

2b CONDITIONS TARIFAIRIES

J'accepte les conditions tarifaires mutualisées standard retenues par le groupement des CDG 18, 28, 36 et 41 dans le cadre de la consultation.

Les statistiques de ma Collectivité ou mon Établissement ont été transmises **dans le cadre de la consultation** menée par le Groupement des CDG 18, 28, 36 et 41

Les statistiques de ma Collectivité ou mon Établissement ont été transmises **post consultation** et permettent de bénéficier de la mutualisation (**Joindre la Notification de Décision Assureur suite présentation du dossier statistique**)

2c RÉGIME INDEMNITAIRE (cocher la modalité de versement des primes et indemnités en CMO au sein de ma Collectivité ou mon Etablissement)

Le RI suit le sort du traitement

Date de la délibération : []

Le RI ne suit pas le sort du traitement

(**Joindre la délibération ET la liste des primes et indemnités à prendre en compte pour la gestion du RI en CMO [libellé + code paie]**)

③ GESTION DES COTISATIONS

(mode de fonctionnement retenu dans le cadre de la consultation du groupement des CDG 18, 28, 36 et 41 pour l'ensemble des agents)

Règlement des cotisations par précompte sur le salaire de mes agents [OPTION A PRIVILÉGIER]

Je m'engage à prélever les cotisations dues sur les salaires des agents et à les reverser à l'organisme assureur à réception des appels de cotisation.

Règlement des cotisations par prélèvement direct sur le compte bancaire de mes agents

Je m'engage à verser la participation aux agents adhérents. L'organisme assureur prélèvera directement la cotisation globale sur leur compte bancaire.

④ SIGNATURE

Je reconnaissais avoir pris connaissance de la Convention de Participation en Prévoyance Complémentaire, et des pièces contractuelles afférentes.

Je m'engage à permettre à AlterNative Courtage et Territoria Mutuelle de promouvoir le dispositif auprès de mes agents.

Je m'engage à fournir à AlterNative Courtage et Territoria Mutuelle les informations nécessaires à la gestion de ladite Convention de Participation.

Je certifie complets et exacts les renseignements portés sur cette déclaration.

Fait à _____, le _____._____._____, en 2 exemplaires dont 1 que je conserve

Signature de l'Employeur

Merci d'adresser 1 exemplaire de ce bulletin complété, signé,
et accompagné des délibérations et pièces justificatives mentionnées dans le présent document
à **AlterNative Courtage** à l'adresse mail suivante : **VieDuContrat@alternative-courtage.fr**
et au **CDG 36** à l'adresse **prevoyance.sante@cdg36.fr**

POUR NOUS CONTACTER

VieDuContrat@alternative-courtage.fr

par téléphone : 09 72 22 57 81
de 9h00 à 12h00 et de 14h00 à 17h00
du lundi au vendredi