

# 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'AGGLOMÉRATION  
 CONSEIL RÉGIONAL  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 86 auprès de Territoria Mutuelle.

Existence d'un précédent contrat collectif prévoyance :  OUI  NON

### CHOIX DES GARANTIES

**GARANTIES OBLIGATOIRES** : INCAPACITÉ TEMPORAIRE ET TOTALE DE TRAVAIL ET INVALIDITÉ PERMANENTE À 90%

#### GARANTIES ET RENFORTS OPTIONNELS (au choix des agents) :

INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL À 10% POUR LES PÉRIODES À DEMI-TRAITEMENT  
INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL RI À 90% POUR LES PÉRIODES À PLEIN-TRAITEMENT EN CAS DE CLM,CLD, CGM  
GARANTIE PERTE DE RETRAITE 50% DU PMSS PAR ANNÉE D'INVALIDITÉ (uniquement pour les agents CNRACL)  
GARANTIE CAPITAL DÉCÈS & PTIA (Perte totale et irréversible d'autonomie) à 100%

### 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.

FAIT À , LE

SIGNATURE de la personne habilitée à engager la collectivité

\* Ces champs sont obligatoires

➤ LISTE DES DOCUMENT À RETOURNER À [MISEENMARCHE@TERRITORIA-MUTUELLE.FR](mailto:MISEENMARCHE@TERRITORIA-MUTUELLE.FR)

- Ce bulletin complété, signé,
- La délibération de rattachement à la convention du CDG86,
- 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**