

BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUELLE

Valant certificat d'adhésion

PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE AUX STATUTS
DU PERSONNEL TERRITORIAL

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE COLLECTIVITE



Raison sociale :N° de Siret :

Adresse :

Code postal : Commune :

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

Madame Monsieur

Nom Prénom

Nom de naissance

Né(e) le à CP de naissance.....Pays de naissance.....

Situation de famille

Adresse

Code postal Ville

Téléphone E-mail*@.....

**Cet e-mail est utilisé pour accuser réception de votre adhésion et pour vous informer du règlement des indemnités*

CNRACL IRCANTEC Agent de droit privé

Catégorie hiérarchique C B A

N° matricule..... Traitement brut annuel

Date d'embauche dans la collectivité

Etiez-vous précédemment assuré(e) chez un autre assureur (Mutuelle, Institution de Prévoyance, Assureur) pour le(s) risque(s) :

Incapacité de travail Invalidité Décès Perte de retraite **Votre contrat était-il :** Individuel Collectif

Merci de joindre le justificatif d'assurance correspondant

Situation de l'agent au moment de l'adhésion

Temps complet Temps non complet Temps partiel Temps non complet + 150h par trimestre Temps non complet - 150 h par trimestre

Agent en activité Arrêt de travail pour raisons de santé Temps partiel thérapeutique

Date d'effet de l'adhésion

- Au 1^{er} jour du mois suivant la signature du bulletin d'adhésion individuelle, sous réserve des conditions prévues au contrat
- Au 1^{er} jour suivant la date de résiliation de votre contrat individuel si vous en êtes bénéficiaire à la date de prise d'effet du contrat (joindre justificatif)

Modalités d'adhésion

- **Demande d'adhésion dans les 12 mois à compter de la date d'effet du contrat collectif d'assurance ou de la date d'embauche de l'agent :**

-pour les agents en activité normale de service, l'adhésion est effective à la demande de l'Assuré avec un effet au plus tôt à la date d'effet du présent contrat ou de sa date d'embauche,

- pour les agents en arrêt de travail **ou en temps partiel thérapeutique**, l'adhésion est effective, pour l'ensemble des garanties, à l'issue d'une période de 31 jours continus de reprise d'activité normale de service si l'agent ne peut justifier de l'adhésion préalable auprès d'un organisme d'assurance pour des garanties équivalentes, ou du jour de la reprise effective d'activité si l'agent justifie de l'adhésion préalable auprès d'un organisme d'assurance pour des garanties équivalentes, et sous réserve que la résiliation de son ancien contrat et son adhésion au contrat collectif soient simultanées.

- **Demande d'adhésion après les 12 mois à compter de la date d'effet du contrat collectif d'assurance ou de la date d'embauche de l'agent :**

- pour les agents en activité normale de service : l'adhésion est effective à la date d'effet indiquée au bulletin d'adhésion avec application d'un délai de stage de 6 mois,

- pour les agents en arrêt de travail ou en temps partiel thérapeutique qui adhèrent au contrat plus de 12 mois après leur reprise d'activité à temps complet : l'adhésion est effective à la date d'effet indiquée au bulletin d'adhésion avec application d'un délai de stage de 6 mois. A ce titre, tout sinistre survenu pendant les 6 mois de stage ne donnera lieu à aucune indemnisation.

L'ASSIETTE DE COTISATION : Cochez votre choix

<input type="checkbox"/> TBI + NBI Traitement Indiciaire Brut + Nouvelle Bonification Indiciaire	<input type="checkbox"/> TBI + NBI + RI Traitement Indiciaire Brut + Nouvelle Bonification Indiciaire + Régime indemnitaire	<input type="checkbox"/> Rémunération Brute Hors Primes (pour les agents ne bénéficiant pas d'un traitement indiciaire)	<input type="checkbox"/> Rémunération + Primes et indemnités (pour les agents ne bénéficiant pas d'un traitement indiciaire)
---	--	--	---

TAUX DE COTISATIONS PAR FORMULE DE GARANTIES : Cochez vos choix

Les garanties Choisir une des formules	Les niveaux d'indemnisation appliqués au traitement net de référence et le cas échéant au Régime Indemnitare net si choisi			
	80 %	85 %	90 %	95 %
Incapacité temporaire de travail	<input type="checkbox"/> 0.78 %	<input type="checkbox"/> 0.88 %	<input type="checkbox"/> 1.04 %	<input type="checkbox"/> 1.20 %
Incapacité temporaire de travail + Invalidité permanente	<input type="checkbox"/> 1.24 %	<input type="checkbox"/> 1.43 %	<input type="checkbox"/> 1.68 %	<input type="checkbox"/> 1.92 %
Incapacité temporaire de travail + Invalidité permanente + Perte de retraite consécutive à une Invalidité sous forme de Rente	<input type="checkbox"/> 1.62 %	<input type="checkbox"/> 1.84 %	<input type="checkbox"/> 2.12 %	<input type="checkbox"/> 2.41 %
Incapacité temporaire de travail + Invalidité permanente + Perte de retraite consécutive à une Invalidité sous forme de Capital	<input type="checkbox"/> 1.44 % Capital : 480 % du PMSS	<input type="checkbox"/> 1.64 % Capital : 510 % du PMSS	<input type="checkbox"/> 1.91 % Capital : 540 % du PMSS	<input type="checkbox"/> 2.16 % Capital : 570 % du PMSS
<u>Option</u> : Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	Cotisation unique : <input type="checkbox"/> 0.29 % (si coché, s'additionnera à la formule choisie ci-dessus) Indemnisation unique : Capital : 100 % de traitement net de référence			

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - NB : les taux de cotisation figurant dans le tableau ci-dessus sont appliqués à l'assiette de cotisation choisie.

En cas d'adhésion à une garantie décès / Bénéficiaire en cas de décès

Si vous ne désignez aucun bénéficiaire, les bénéficiaires du capital garanti en cas de décès sont : le conjoint survivant du membre participant, non divorcé, non séparé de corps judiciairement ou le cocontractant d'un PACS, ou le concubin du membre participant ; à défaut, par parts égales, les enfants nés ou à naître du membre participant, vivants ou représentés ; à défaut par parts égales, ses ascendants ; à défaut ses héritiers, en proportion de leurs parts héréditaires. Si cette clause ne convenait pas les bénéficiaires seraient la ou les personnes désignées par l'assuré lui-même sur le formulaire annexé à la notice d'information « désignation de bénéficiaire ».

Je certifie complets et exacts les renseignements portés sur ce document. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré l'expose aux sanctions prévues par l'article L.221-14 du code de la Mutualité. J'autorise les services compétents de mon employeur à fournir à Sofaxis les informations nécessaires à la gestion du contrat et à prélever les cotisations dues sur mon salaire. J'adhère au contrat collectif « LA PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE AUX STATUTS DU PERSONNEL DE LA FONCTION PUBLIQUE » souscrit par mon employeur auprès d'Intériale. **Je déclare avoir pris connaissance et reçu un exemplaire de la notice d'information.**

Intériale, en sa qualité d'assureur, et Sofaxis, gestionnaire, sont responsables (conjointement sur certains traitements), au sens du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) N°2016/679 du 27 avril 2016, ci-après « RGPD »), de traitements de données à caractère personnel vous concernant.

Les différents traitements mis en œuvre par Sofaxis et/ou l'assureur ont pour finalités : la gestion des contrats de prévoyance complémentaire et des appels de cotisations, l'exécution des garanties des contrats (gestion des prestations de prévoyance complémentaire), la gestion des réclamations clients, l'exercice des recours et la gestion des contentieux, l'évaluation par l'Assureur des engagements pris à l'égard des assurés, l'élaboration des statistiques et études actuarielles, la recherche et le développement (amélioration des produits), l'exécution des obligations légales auxquelles sont soumis Intériale et Sofaxis (type LCB-FT, loi Eckert...), la gestion du dispositif de lutte contre la fraude de l'Assureur, la gestion des services annexes au contrat d'assurance le cas échéant (type contrôle médical), la proposition de nouveaux produits ou de nouvelles garanties.

La licéité (base légale) des traitements mis en œuvre repose sur :

L'exécution du contrat d'assurance "prévoyance complémentaire du personnel territorial Intériale" souscrit par votre employeur et auquel vous avez choisi d'adhérer, ainsi que, s'agissant du traitement de vos données de santé, sur les exceptions prévues à l'article 9 §2 b) du RGPD (gestion de services de protection sociale) ; le respect d'obligations légales incombant à Intériale et Sofaxis (ex : traitements mis en œuvre dans le cadre de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme), l'intérêt légitime, s'agissant notamment de la mise en œuvre du dispositif de lutte contre la fraude de l'assureur, des traitements réalisés dans le cadre de la recherche et du développement, ainsi que la proposition de nouveaux produits et nouvelles garanties.

Vos réponses à l'ensemble des rubriques sont obligatoires ; à défaut Sofaxis serait dans l'impossibilité de procéder à votre adhésion au contrat d'assurance ou le temps de traitement pourrait être retardé. Certaines des données collectées et traitées par Sofaxis lui sont transmises par votre employeur. Vos données ainsi que, le cas échéant, celles des bénéficiaires désignés, sont destinées aux collaborateurs habilités de Sofaxis (en charge de la gestion des contrats de prévoyance et des services annexes), aux personnes habilitées d'Intériale, à votre employeur, ainsi que, et uniquement pour les données qui les concernent aux collaborateurs du Service Relation Clients, du Département Identité et Marketing de Sofaxis, et aux sous-traitants ou prestataires éventuels impliqués dans la mise en œuvre du traitement (prestataires informatiques notamment).

Vos données seront conservées : pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat de prévoyance complémentaire souscrit par votre employeur (ou pour la durée spécifiquement prévue par la Cnil ou la réglementation en fonction des traitements), cette durée étant augmentée de la durée des prescriptions légales. En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, ou d'effacement, ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Par ailleurs et sous certaines conditions, vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement à la portabilité de vos données, ainsi que du droit de vous opposer audit traitement. Vous pouvez exercer ces différents droits en justifiant de votre identité en vous adressant au Délégué à la protection des données de Sofaxis par courrier postal (Sofaxis – DPO – CS 80006 – 18020 Bourges Cedex) ou par courrier électronique (privacy.sofaxis@relvens.eu). En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-identifier-la-cnil>, au 01 53 73 22 22. Vos coordonnées peuvent être transmises par Sofaxis aux autres filiales du groupe. Si vous ne souhaitez pas recevoir de propositions de leur part, veuillez cocher cette case

Fait à Le
Signature de l'agent

Cette demande d'adhésion est à transmettre à : adhesionprev.sofaxis@relvens.eu
Pensez à conserver une copie de votre envoi

Le participant peut renoncer à son adhésion au contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où le preneur est informé que le contrat est conclu. Cette renonciation doit être faite par lettre envoyée à l'adresse suivante : Sofaxis Santé Prévoyance, Service Contrats Adhésions - CS 80006 - 18020 BOURGES Cedex, ou tout support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre de renonciation ci-après : « Je soussigné(e) demeurant à déclare renoncer à mon adhésion dont la date d'effet est fixée à et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où je suis informé(e) que le contrat est conclu. Date Signature ».