

Contrat de prévoyance collective complémentaire "Collectivités territoriales"



Bulletin d'adhésion

Formule souscrite par _____

au bénéfice des agents de la collectivité _____

à compter du _ (date d'effet du contrat)

- Formule 1 - Incapacité de travail** : prestations garanties _____ % du traitement de référence
- Formule 2 - Incapacité de travail + Invalidité** : prestations garanties _____ % du traitement de référence
- Formule 3 - Incapacité de travail + Invalidité** : prestations garanties _____ % du traitement de référence
+ Complément retraite

JE SOUSSIGNÉ(E) :

Nom et prénom(s) : _____

demande mon adhésion au contrat d'assurance collective n° _____ à compter du _____

(* La prise d'effet de la garantie, non rétroactive, intervient au 1^{er} jour du mois suivant l'accord du médecin conseil, si un avis médical est requis.

Je reconnais avoir pris connaissance des règles d'adhésion rappelées ci-après. Je joins au présent document un questionnaire médical (sauf dans les cas limitatifs où celui-ci n'est pas requis) sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'U.N.P.M.F.

- Statut :
- Fonctionnaire Titulaire CNRACL
 - Stagiaire Titulaire CNRACL
 - Agent Titulaire à temps non complet IRCANTEC
 - Agent Contractuel

N° de Sécurité sociale :

Date de naissance :

Situation de famille : Célibataire Concubin Marié Pacsé Veuf Divorcé

Nombre d'enfants à charge :

Traitement brut annuel _____ € Date d'embauche dans la Collectivité : _____

Conformément à la loi Informatique et Libertés, nous vous informons que la réponse à ces questions est obligatoire pour la souscription de la garantie. Elles sont destinées à l'organisme ayant recueilli votre adhésion, ainsi qu'à l'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (U.N.P.M.F.), en tant que responsable de traitement, et aux réassureurs pour la gestion de votre garantie. Elles pourront également, sauf opposition de votre part, être communiquées à des organismes partenaires à des fins de prospection, ou être utilisées pour le compte de ces derniers, et vous pourrez ainsi recevoir leurs offres. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification qui s'exerce auprès de l'U.N.P.M.F. ainsi qu'auprès de l'organisme ayant recueilli votre adhésion.

Conformément à l'article 7 du contrat, l'inscription de l'agent au contrat est subordonnée à la fourniture d'un bulletin d'adhésion et à la condition que l'agent soit en activité à la date d'effet de l'adhésion. Celle-ci intervient sans autre formalité lorsque la date d'effet de l'adhésion est celle du contrat ou intervient dans les trois mois de la prise de fonction de l'agent.

Toutefois, l'adhésion est conditionnée à l'avis du Médecin Conseil de l'U.N.P.M.F., au vu d'un questionnaire médical adressé par l'agent à son attention, sous pli confidentiel, lorsque :

- l'agent est en arrêt de travail pour maladie ou accident, ou en mi-temps thérapeutique à la date d'effet du contrat sous réserve qu'il ait repris son activité à temps plein pendant 30 jours continus ;
- l'agent est en 1^{er} catégorie d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale ;
- l'inscription se fait au delà de la date d'effet du contrat ou plus de 3 mois après la prise de fonction de l'agent au sein de la collectivité et si celle-ci est postérieure à la date d'effet du contrat, à condition que la demande d'adhésion intervienne avant son 50^e anniversaire.

Si l'agent bénéficiait d'un contrat de prévoyance avec des garanties équivalentes, son adhésion au-delà de la date d'effet n'est soumise à aucune formalité médicale, s'il peut justifier que la résiliation de son ancien contrat prend effet le jour précédant sa date d'adhésion au titre du nouveau contrat.

L'agent certifie savoir qu'il peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter de la date d'effet indiquée sur son certificat d'adhésion.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, datée et signée, envoyée à l'adresse suivante : U.N.P.M.F. - Service Production - à l'attention de Mme AUROUSSEAU - 125 avenue de Paris - 92327 CHÂTILLON CEDEX. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la notice d'information.

Fait à : _____

Le

Signature de l'agent :

Faites précéder la signature de la mention "Lu et approuvé"

SIGNATURE ET CACHET DU SOUSCRIPTEUR

MUTEX Est une marque de



www.mutex.fr

Assureur de la garantie :

UNION NATIONALE DE LA PRÉVOYANCE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE (U.N.P.M.F.)

Union soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, enregistrée au Registre

National des Mutuelles sous le n°: 442 574 166, ag rée pour les branches 1, 2, 20, 21 et

22 Siège social : 255, rue de Vaugirard - 75015 PARIS