

Collectivités Territoriales

Contrat de prévoyance collective complémentaire



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 Mutex.

N° de Sécurité sociale : _____

- STATUT : Fonctionnaire titulaire CNRACL
 Stagiaire titulaire CNRACL
 Agent titulaire NON CNRACL bénéficiaire Sécurité sociale
 Agent titulaire NON CNRACL non bénéficiaire Sécurité sociale
 Agent non titulaire

Date de naissance : ____/____/____

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubin(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfants à charge : ____

Traitement brut annuel : _____

Date d'embauche dans la collectivité : ____/____/____

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données qui vous concernent. Vous pouvez exercer ce droit en adressant un courrier à l'adresse suivante : Mutex, 125 avenue de Paris, 92327 Châtillon cedex, en joignant à votre demande la copie d'un justificatif d'identité comportant votre signature. Ces informations sont destinées à Mutex et sont nécessaires au traitement du dossier.

Elles sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat. Par la signature du bulletin d'adhésion, vous acceptez expressément que les données les concernant leur soient transmises.

- Je m'oppose à recevoir vos offres commerciales par voie postale.

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 Mutex, 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^{re} 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 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 sera définitive

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, datée et signée, envoyée à l'adresse suivante :

MUTEX - Service Production - 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex.

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la notice d'information, que vous reconnaissez avoir reçu par la signature du présent bulletin d'adhésion.

Fait à : _____

le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Signature de l'agent :

Faites précéder la signature de la mention « Lu et approuvé »

SIGNATURE ET CACHET DU SOUSCRIPTEUR

www.mutex.fr

Assureur des garanties :
MUTEX

Société anonyme à directoire et conseil de surveillance, au capital de 31 978 110 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040
Siège social : 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex