



A compléter et à envoyer à RELYENS santé Prévoyance - Service Contrats Adhésions - CS 80006 - 18020 BOURGES Cedex
OU À remettre lors des réunions d'informations/permanences

Merci d'écrire en MAJUSCULES

INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE COLLECTIVITÉ

Nom de votre collectivité
Adresse

Code postal Ville

INFORMATIONS VOUS CONCERNANT ☐ Mme ☐ M.

Nom
Prénom
Date de naissance

Code postal de naissance Ville de naissance

Situation de famille ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubinage ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) Nombre d'enfant à charge

Catégorie hiérarchique ☐ C ☐ B ☐ A ☐ CNRACL ☐ IRCANTEC ☐ Agent de droit privé ☐ Assistant familial

Filière
N° matricule (obligatoire)
Adresse

Code postal Ville
Téléphone fixe Téléphone portable
E-mail
Date d'embauche dans la collectivité Date d'effet souhaitée de l'adhésion*

* La date d'effet de l'adhésion retenue, à condition que vous soyez en service, sera :

- la date d'effet du contrat collectif dans le cas d'une demande d'adhésion antérieure à la date d'effet du contrat collectif ;
- dans le cas d'une demande d'adhésion postérieure à la date d'effet du contrat :
 - Le premier jour du mois suivant la réception par l'Assureur du bulletin d'adhésion.

FORMALITÉS D'ADHÉSION

Les modalités d'adhésion suivantes s'appliquent, par dérogation à l'article II.1 de la notice d'information. Votre inscription au contrat est subordonnée à la fourniture d'un bulletin d'adhésion et à la condition que vous soyez en activité à la date de l'adhésion. Celle-ci intervient sans autre formalité, lorsque la date d'effet de l'adhésion intervient dans un délai de 12 mois suivant :

- la date d'effet du contrat collectif signé par votre collectivité pour les agents en activité à cette date ;
- la date de votre embauche, pour les nouveaux agents ;
- la date de retour en activité pour les agents en congé parental ou en disponibilité ;
- l'échéance annuelle à laquelle votre contrat collectif a pu être résilié par votre collectivité, pour les agents déjà présents à l'effectif et garantis par ce type de dispositif.

Les agents qui formuleront leur demande d'adhésion passé ce délai de 12 mois au dispositif, verront leur adhésion soumise à un délai de stage de six mois.

Il en va de même pour les agents en disponibilité et les agents à temps partiel thérapeutique qui adhèrent plus de 12 mois après leur reprise d'activité à temps complet.



CAS PARTICULIERS

- Lorsque vous êtes en arrêt de travail pour maladie ou accident, en 1re catégorie d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale ou en mi-temps thérapeutique et que vous n'êtes pas couvert par un contrat de prévoyance comportant des garanties de nature et d'un montant équivalents à la date de la demande d'adhésion, votre inscription ne prendra en tout état de cause effet qu'à l'issue d'une période de 30 jours ininterrompus de reprise de travail à temps complet.
- Si, au cours de ce délai, vous bénéficiez d'un nouvel arrêt de travail pour accident ou maladie ou d'un nouveau temps partiel thérapeutique, la prise d'effet de votre adhésion est à nouveau soumise à la condition d'une reprise de travail à temps complet de 30 jours ininterrompus à compter du début de cette nouvelle reprise et dès lors que l'assureur aura été informé de votre date de reprise.
- Si vous êtes en temps partiel thérapeutique à la date d'effet du présent contrat, les conséquences de la maladie en cours ne seront pas prises en charge, ceci même si vous retombez en arrêt complet. Conformément à la réglementation, l'assureur pourra apporter la preuve que la maladie était antérieure à la souscription du contrat ou à votre adhésion, dans le respect des dispositions des articles 226-13 et 226-14 du code pénal relatives au secret professionnel.
- Cependant, si vous retombez en arrêt complet du fait d'une nouvelle pathologie, les conséquences de cette nouvelle pathologie seront prises en charge, dans la continuité de la prise en charge de la collectivité au titre du risque statutaire.

INFORMATION SUR LA FACULTÉ DE RENONCIATION

Vous pouvez renoncer à votre adhésion au présent contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter de la date d'effet de l'adhésion.
Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, datée et signée, envoyée à l'adresse suivante :
RELYENS santé Prévoyance – Service Contrats Adhésions CS 80006 – 18020 BOURGES Cedex.

VOTRE CHOIX DE GARANTIES

Si la formule de base a été souscrite et que vous choisissez ultérieurement la garantie optionnelle, un délai de stage de six mois s'appliquera pour bénéficier de cette garantie.

Garanties	Taux de cotisation TTC
FORMULE DE BASE (obligatoire) GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL Taux de prise en charge de 95% du traitement net (TIN+NBN) et 45% du RI net en complément ou à défaut du RI net versé par l'employeur	1,933% du traitement brut (TIB+NBI+RI)
GARANTIE INVALIDITÉ Taux de prise en charge de 95% du traitement net (TIN+NBN+RIN)	
GARANTIE DÉCÈS / PTIA Capital en cas de décès / PTIA « toutes causes » : capital égal à 100 % de votre traitement annuel brut (TIB+NBI+RI).	
OPTION : cocher la garantie choisie. <input type="checkbox"/> OPTION : GARANTIE PERTE DE RETRAITE Versement d'un capital équivalent à 3 PMSS	0,08% du traitement brut (TIB+NBI+RI)

TIB : traitement indiciaire brut, NBI : nouvelle bonification indiciaire, RI : Régime Indemnitare,
TIN : traitement indiciaire net, NBN : nouvelle bonification indiciaire net.
COTISATIONS – Paiement direct par l'agent

Traitement brut mensuel (*obligatoire*) :
TIB : NBI : RI :

La cotisation est payable mensuellement par prélèvement automatique (ne pas joindre de chèque à la souscription)
Pour la mise en place des prélèvements automatiques, nous vous remercions de bien vouloir nous joindre :

- **Le mandat de prélèvement SEPA complété et signé**
- **Un relevé d'identité bancaire**
- **Votre dernier bulletin de salaire** Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.



Pour en savoir plus, consultez la clause « Protection des données à caractère personnel » de la notice d'information de votre contrat. Une notice de Protection des données à caractère personnel apportant des informations complémentaires est consultable sur le site www.mutex.fr

- Je certifie sincères et véritables les indications portées et jointes à cette demande d'adhésion et reconnait avoir déclaré tous les éléments en ma connaissance permettant d'apprécier l'étendue du risque.
- Je reconnais avoir été informé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part entraînera la nullité de mon adhésion.
- Je certifie avoir reçu par mon employeur ou lors des réunions d'information le kit d'adhésion et pris connaissance de la Notice d'information.

Signature précédée de la mention manuscrite
« lu et approuvé »

2499029
Page 3/3