BULLETIN ADHÉSION EMPLOYEUR COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

EMPLOYEUR (COLLECTIVITÉ OU ÉTABLISSEMENT PUBLIC)

N° Siret ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ Rattaché au CDG (n°) ☐

Raison Sociale ☐

Adresse (numéro/Voie) ☐

Code postal ☐☐☐☐☐ Ville ☐

RÉFÉRENT AU SEIN DE LA COLLECTIVITÉ OU DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC

Mme ☐ M. ☐ Nom ☐ Prénom ☐

Fonction ☐

Téléphone ☐ Email ☐ @ ☐

ADHÉSION

Date d'effet de l'adhésion (*) ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Montant de la participation ☐ / agent / mois Effectif total de la Structure ☐

(*) Avant d'adhérer au présent dispositif, si ma Collectivité ou mon Établissement avait précédemment souscrit un contrat collectif, je dois préalablement m'assurer qu'il ne sera plus en vigueur au 01/01/2023. A défaut, je dois le résilier selon les modalités prévues par ledit contrat.

☐ Vu la délibération n° ☐ du ☐☐/☐☐/☐☐☐☐. Je soussigné(e) ☐, en qualité de ☐, déclare mon intention d'adhérer à la Convention de Participation relative au contrat facultatif "Frais de santé" conclue entre les CDG 18, 28, 36 et 41 et INTÉRIALE.

☐ Dans l'attente de la délibération du ☐☐/☐☐/☐☐☐☐. Je soussigné(e) ☐, en qualité de ☐, déclare mon intention d'adhérer à la Convention de Participation relative au contrat facultatif "Frais de santé" conclue entre les CDG 18, 28, 36 et 41 et INTÉRIALE.

CONDITIONS TARIFAIRES

J'accepte les conditions tarifaires mutualisées standard retenues par les CDG 18, 28, 36 et 41 dans le cadre de la consultation.

GESTION DES COTISATIONS

Modalités de règlement des cotisations :

☑ Règlement des cotisations par :

- précompte sur le salaire des agents - Déclaration Sociale Nominative (DSN) : OUI ☐ NON ☐
- prélèvement bancaire pour les agents retraités

(mode de fonctionnement retenu dans le cadre de la consultation des CDG 18, 28, 36 et 41 pour l'ensemble des agents actifs et retraités)

Je reconnais avoir pris connaissance de la Convention de Participation relative au contrat collectif facultatif « Frais de santé » conclue entre les CDG 18, 28, 36 et 41 et INTÉRIALE, ainsi que des pièces contractuelles afférentes.

Je m'engage à permettre à Intériale de promouvoir le dispositif auprès de mes agents.

Je déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués sur ce Bulletin d'Adhésion.

A retourner à :
groupement.cdg28@interiale.fr
avec copie à : psc@cdg41.org

Fait à ....., le ☐☐/☐☐/☐☐☐☐.

Signature :
(faire précéder votre signature de la mention «lu et approuvé»)

Cachet de la collectivité ou établissement public

Intériale — Siège social : 32, rue Blanche, 75009 Paris — www.interiale.fr
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, N° SIREN : 775 685 365

MEMBRE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

Intériale est soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS cedex 09.