

Contrat Allianz

Date d'effet : 01/07/2023

RECOMMANDATIONS AVANT DE COMPLETER LE DOCUMENT

Le présent Bulletin Individuel d'Adhésion (BIA) doit être renseigné en LETTRES CAPITALES à l'aide d'un stylo de couleur noire ou bleue et tous les champs doivent être complétés. Si le formulaire est incomplet il sera retourné à la collectivité. Une copie du BIA dûment complété et signé de l'agent doit être conservée par la collectivité.

Ne pas oublier d'apposer la mention « lu et approuvé », le lieu, la date et de signer le bulletin.

Cadre réservé à la collectivité

N° SIRET : 2 1 5 6 0 1 7 7 4 0 0 0 1 5

Raison sociale: Commune de PLUVIGNER

Adresse : 17 place Saint Michel

CP : 56330 Ville : PLUVIGNER

Coordonnées contact Collectivité : LE GALLIC Yann

Cachet de la collectivité (obligatoire)

Cadre réservé à l'agent

Nouvelle adhésion au contrat Collecteam au |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Modifications d'adhésion (annule et remplace la précédente) au |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Madame Monsieur Nom d'usage :

Nom de naissance : Prénoms :

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Matricule :

N° Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse : N° Rue

Code Postal : Ville :

Tel : Mail :

Étiez-vous couvert précédemment par un contrat de maintien de salaire ? Oui Non

Date d'entrée dans la Fonction
Publique Territoriale :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Titulaire ou stagiaire (affilié
CNRACL)

**Titulaire ou stagiaire non
affilié à la CNRACL** (affilié à
l'IRCANTEC)

Contractuel de droit public
(affilié à l'IRCANTEC)

Salarié de droit privé, à
préciser (assistant familial,
apprenti) :

Assiette de cotisation

Traitement de Base indiciaire (TBI) + Nouvelle Bonification Indiciaire NBI + Régime Indemnitaire (RI)

Garanties obligatoires

Régime de base : Incapacité temporaire de travail /
invalidité permanente / Décès – Perte Totale et
Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Options au choix de l'agent

(Cocher la ou les garanties retenues)

Option 1 : Renfort régime indemnitaire en incapacité
temporaire de travail

Option 2 : Renfort régime indemnitaire en invalidité
permanente

Option 3 : Capital supplémentaire Décès / Perte
totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Option 4 : Perte de retraite
(uniquement pour les agents affiliés à la CNRACL)

Chaque option peut être choisie indépendamment et viendra s'ajouter au
régime de base.

Conditions d'admission au contrat

L'agent signataire atteste :

- > faire partie des effectifs d'une collectivité adhérente à la convention de participation Collecteam / Centre de Gestion du Morbihan,
- > être en activité normale de service et appartenir à l'une des catégories d'emploi définies au recto,
- > n'être rémunéré ni à l'heure, ni à la journée,
- > ne pas être en arrêt de travail.

Conditions générales d'adhésion :

- > Les agents en activité normale de service effective au moment de la prise d'effet peuvent adhérer sans condition.
- > Les agents nouvellement embauchés, peuvent adhérer dans un délai de six mois à compter de leur date d'embauche.
- > Les agents en congé parental d'éducation, maternité, paternité, adoption ou placés en disponibilité de droit ou pour convenances personnelles peuvent adhérer au contrat si la demande d'adhésion intervient dans les six mois suivant le premier jour du mois civil qui suit la reprise effective de leur activité normale de service à temps complet.
- > Les agents en arrêt de travail à la date de prise d'effet du contrat pourront y adhérer :
 - dès leur reprise effective pour les agents déjà couverts par un contrat collectif de même nature antérieurement à la date de leur demande d'adhésion.
 - à l'issue d'une reprise effective de leur activité normale de service à temps complet au moins égale à 30 jours continus pour les agents non couverts précédemment par un contrat collectif,
- > Les agents à temps partiel pour raison thérapeutique à la date de prise d'effet du contrat pourront y adhérer sans condition. Toutefois, les garanties s'appliqueront sous réserve que la maladie ou l'accident à l'origine du sinistre soit différent de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine de la situation d'incapacité à temps partiel pour raison thérapeutique ou invalidité existant antérieurement à la date d'effet du contrat. Les conséquences de la maladie ou de l'accident en cours à cette date ne seront pas prises en charge au titre du présent contrat.

Les agents n'ayant pas adhéré dans le cadre des conditions générales énumérées ci-dessus, pourront le faire au-delà des 6 mois – sans questionnaire médical, ni majoration tarifaire, ni délai de carence – sous réserve qu'ils soient en activité normale de service (sans arrêt de travail) pendant les 30 jours précédant la date d'adhésion.

Les agents prennent la qualité d'assuré à la date d'adhésion souhaitée indiquée au recto sous réserve de respecter les conditions d'admission du contrat. A défaut, dès lors qu'ils respectent les conditions d'adhésion, les agents prennent la qualité d'assuré le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

Versement du capital en cas de décès

Le capital garanti est versé :

- > au conjoint, non séparé de corps de l'Assuré marié, et à défaut au partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité,
- > à défaut, aux enfants de l'Assuré nés ou à naître, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres enfants ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas d'enfant,
- > à défaut, aux père et mère par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant au survivant,
- > à défaut, aux héritiers.

Engagement de l'agent

J'atteste avoir pris connaissance du résumé des garanties et accepte le prélèvement sur salaire de la cotisation.

Je demande mon affiliation et certifie complets et exacts les renseignements portés sur le présent bulletin. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code des Assurances (art L. 113-8) notamment la nullité des garanties.

Je m'engage à restituer l'intégralité des sommes perçues de l'organisme complémentaire au titre de mon incapacité temporaire de travail (en complément de mon demi-traitement) si, suite à reconnaissance d'un congé de longue maladie, de longue durée, grave maladie, ou imputable au service, je perçois (à effet rétroactif) la totalité du traitement de mon employeur.

J'autorise Collecteam à utiliser les coordonnées de contacts renseignées pour la gestion de mon dossier prévoyance (adhésion, sinistre, communication autre).

Mentions obligatoires

Vous bénéficiez du droit à la renonciation selon les modalités prévues par les dispositions des articles L112-9 du code des assurances, L932-15-1 du code de la Sécurité sociale ou L221-18-1 du code de la mutualité. Les informations collectées par Collecteam font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion et l'exécution de votre contrat, à l'identification des irrégularités et à la vérification de la conformité légale et réglementaire en la matière. Ces informations sont à destination exclusive des services habilités de Collecteam, ses éventuels prestataires et sous-traitants, les organismes assureurs et, le cas échéant, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires. Elles seront conservées pendant une durée en adéquation avec leur finalité (cf www.collecteam.fr). Conformément au règlement (UE) 2016/679 vous disposez du droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement, droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier à Collecteam ou par mail à dpo@collecteam.fr avec une copie de votre pièce d'identité. Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Collecteam - SA au capital de 7 005 000€ - SIREN 422 092 817 - RCS ORLEANS - N°ORIAS 07 005 898 - www.orias.fr - société de courtage en assurance qui dépend de l'article L 520-1 II.b du Code des Assurances (liste des Compagnies d'assurance disponible sur notre site internet) dont l'activité est soumise au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest, CS 92459, 75 436 PARIS Cedex 09 - Allianz Vie - 1 Cours Michelet - 92076 PARIS LA DEFENSE Cedex - Service réclamation : reclamation@collecteam.fr

Fait à :

Le :

Signature de l'agent précédée
de la mention « lu et approuvé » :

**Ce document est à retourner
auprès du Service Ressources
Humaines de votre collectivité.**

**TOUT BULLETIN INCOMPLET
OU ERRONÉ SERA
CONSIDÉRÉ
COMME NUL**