

**BULLETIN INDIVIDUEL D'ADMISSION AU REGIME DE
PREVOYANCE**

A ADHESION FACULTATIVE

MISTRAL HABITAT – OPH DU VAUCLUSE (84)

**AGENT RELEVANT DU STATUT DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE
(Loi n° 84.53 du 26 Janvier 1984) EN ACTIVITE AU MOMENT DE L'ADHESION**



Date d'effet : 01/01/2014

COLLECTIVITE

N° SIRET : _____ RAISON SOCIALE : _____
 Adresse : _____ Ville : _____ CP : _____
 Tél. : _____ Mail : _____@_____

AGENT

Madame Monsieur **Nom** : _____
Nom de naissance : _____ **Prénoms** : _____
N° Sécurité Sociale : _____ **Date de naissance** : _____
Adresse : N° _____ Rue _____
Code Postal : _____ **Ville** : _____
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)
 Non titulaire (affilié à l'IRCANTEC)

ADHESION AU CONTRAT

adhère au régime mis en place par mon employeur et accepte le précompte des cotisations sur mon bulletin de salaire.
 Pour rappel, les prestations prévoyance souscrites s'entendent sous déduction des garanties statutaires issues de la Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984.

CONDITIONS D'ADMISSION AU CONTRAT

L'agent signataire atteste :

- faire partie des effectifs de l'office adhérent,
- être en activité normale de service et appartenir à l'une des catégories d'emploi définies ci-dessus,
- n'être rémunéré ni à l'heure, ni à la journée,
- ne pas être en arrêt de travail

■ Cas spécifiques :

Les agents n'adhérant pas au contrat à la date de prise d'effet de celui-ci, pour des raisons autres que médicales, pourront adhérer sans conditions sous réserve que leur adhésion intervienne :

- Pendant les six premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du présent contrat, pour les agents, en activité, non titulaires d'un contrat personnel d'assurance prévoyance. Les agents embauchés au-delà de cette date disposeront d'un délai de six mois à compter de leur date d'embauche pour adhérer au contrat.
- Dans un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet du présent contrat pour les agents bénéficiant d'un contrat personnel d'assurance prévoyance. L'adhésion prend effet au lendemain de la résiliation de leur contrat personnel.

Pour les agents en arrêt de travail ou à temps partiel thérapeutique à la date de prise d'effet du contrat, à l'issue d'une reprise effective de leur activité à temps complet :

- au moins égale à 60 jours continus pour les agents non couverts précédemment par un contrat collectif,
- immédiatement pour les agents déjà couverts par un contrat collectif de même nature antérieurement à la date de leur demande d'adhésion.

Les agents n'ayant pas adhéré dans le cadre des dispositions générales énumérées ci-dessus, pourront le faire au-delà des 6 mois – **sans questionnaire médical, ni majoration tarifaire - sous réserve qu'ils soient en activité normale de service pendant les 60 jours précédant la date d'adhésion.**

MENTIONS OBLIGATOIRES

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 les sommes perçues de l'organisme complémentaire au titre de la maladie ordinaire (en complément de mon demi-traitement) si, suite à reconnaissance d'un congé de longue maladie ou de longue durée, je perçois (à effet rétroactif) la totalité du traitement de mon employeur.

Fait à	Le _____	Signature de l'agent précédée de la mention « lu et approuvé »
---------------------	-----------------	---

La Loi N° 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites au présent formulaire, elle garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données vous concernant, auprès de COLLECTeam.

Ce document est à retourner :	Cachet de l'office
COLLECTeam Centre de Gestion Prévoyance 13 rue Croquechâtaigne - BP 30064 45380 LA CHAPELLE-SAINT-MESMIN	RCS Orléans 422 092 817 N° ORIAS 07 005 898 – www.orias.fr

- TOUT BULLETIN INCOMPLET OU ERRONE SERA CONSIDERE COMME NUL -