

BULLETIN D'ADHÉSION EMPLOYEUR

CONTRAT COLLECTIF PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE

☐ Contrat à adhésion obligatoire ☒ Contrat à adhésion facultative

Tous les champs sont obligatoires, sauf mentions contraires.

INFORMATIONS EMPLOYEUR

N° SIRET : Effectif :

Forme juridique :

Département de rattachement :

Statut : ☐ CENTRE DE GESTION ☐ CCAS ☐ COMMUNE ☐ COMMUNAUTÉ DE COMMUNES ☐ COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION
☐ CONSEIL RÉGIONAL ☐ COS ☐ EHPAD ☐ SDIS DEPARTEMENTAL ☐ AUTRE

Dénomination complète :

Adresse :

Complément d'adresse :

Code Postal : Ville :

REPRÉSENTANT LÉGAL :

Civilité : Nom de naissance :

Nom d'usage : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :
(code postal + ville
+ pays si naissance à l'étranger)

Fonction :

Téléphone : Email :

SIGNATAIRE DU PRÉSENT DOCUMENT (si différent du représentant légal) :

Civilité : Nom de naissance :

Nom d'usage : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :
(code postal + ville
+ pays si naissance à l'étranger)

Fonction :

Téléphone : Email :

ADHÉSION AU CONTRAT

Date de prise d'effet souhaitée : 01/ mm/aaaa

Suite à la délibération du / / , je soussigné(e),

en qualité de , adhère à la Convention de Participation Prévoyance
souscrite par l'employeur auprès de TERRITORIA mutuelle.

Existence d'un précédent contrat collectif prévoyance : ☐ OUI ☐ NON

CHOIX DES MODALITÉS DU CONTRAT

✕ Choix de la formule :

GARANTIES OBLIGATOIRES : INCAPACITÉ TEMPORAIRE ET TOTALE DE TRAVAIL ET INVALIDITÉ PERMANENTE À 90%

GARANTIES ET RENFORTS OPTIONNELS (au choix des agents) :

INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL MAINTIEN DU RÉGIME INDEMNITAIRE À 90%

GARANTIE PERTE DE RETRAITE À 50% PMSS

GARANTIE CAPITAL DÉCÈS & PTIA (PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE) À 100%

SIGNATURE

L'employeur reconnaît avoir pris connaissance de la Convention de Participation en Prévoyance Complémentaire, et des pièces contractuelles afférentes.

L'employeur s'engage à permettre à TERRITORIA mutuelle de promouvoir le dispositif auprès des agents et à fournir les informations nécessaires à la gestion de la Convention de Participation.

Signature du représentant légal de l'employeur
ou d'une personne habilitée, précédée de la mention
« lu et approuvé »

Fait à , le

À TRANSMETTRE OBLIGATOIREMENT

- Délibération de rattachement à la convention de participation,
- Délibération précisant le fonctionnement de la prise en charge du régime indemnitaire,
- Délibération visant à fixer le montant de participation alloué par l'employeur,
- Copie de la pièce d'identité (carte nationale d'identité ou passeport) en cours de validité (recto/verso) du signataire si différent du représentant légal de l'employeur.

NOUS CONTACTER

PAR EMAIL : miseenmarche@territoria-mutuelle.fr

PAR TÉLÉPHONE : 05 49 33 76 51

Collecte des données personnelles :

Les informations recueillies sur ce document sont enregistrées dans un fichier informatisé par TERRITORIA mutuelle pour la gestion des contrats. La base légale du traitement est l'exécution d'un contrat. Des traitements sont également mis en œuvre dans le cadre de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ou basés sur notre intérêt légitime, comme la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Les données collectées pourront être communiquées aux entités du Groupe APICIL, à ses partenaires et sous-traitants éventuels ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour les finalités déclarées.

Les données personnelles recueillies ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et des durées de prescription légale applicable en fonction du type de données collectées. Plus de détails sur <https://www.territoria-mutuelle.fr/charte-des-donnees-personnelles/>.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également retirer votre consentement, vous opposer au traitement de vos données, exercer votre droit à la portabilité ou définir des directives post mortem. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez écrire à dpo@territoria-mutuelle.fr ou à l'adresse : TERRITORIA mutuelle - Délégué à la protection des données (DPO) - 54 rue de gabriel - CS 76016 - 79185 CHAURAY CEDEX.

Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Plus de détails sur <https://www.territoria-mutuelle.fr/charte-des-donnees-personnelles/>.