



REF/ADBIA/CDGFPT06/854

Le présent document est à remettre dûment complété et signé à la Direction des Ressources Humaines

Nom de l’Employeur : _____

JE SOUSSIGNE(E) :

Nom _____	Date de naissance (JJ/MM/AA) __ _ _ _ _ _
Nom de jeune fille _____	N°S.S __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Prénom _____	Date d’embauche __ _ _ _ _ _
Adresse _____	Date d’entrée dans l’Administration __ _ _ _ _ _
CP _____ - Ville _____	<input type="checkbox"/> CNRACL <input type="checkbox"/> IRCANTEC
Téléphone : __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> DROIT PRIVE
@ _____	<input type="checkbox"/> DROIT PUBLIC
	<input type="checkbox"/> ASSISTANT FAMILIAL
	Date d’effet de l’adhésion 01 _ _ _ _ _

**CERTIFIE VOULOIR ADHERER AU CONTRAT PREVOYANCE SOUSCRIT PAR MON EMPLOYEUR
PREVOYANT AU MINIMUM LA GARANTIE DE BASE
« INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL » ET « INVALIDITE » (offre de base)**

GARANTIES SUPPLEMENTAIRES

- Je ne souhaite pas souscrire de garanties supplémentaires à celle souscrite par mon employeur (offre de base)
- Je certifie vouloir également souscrire les garanties ci-après, en complément de la garantie de base :
 - Garantie « Décès / PTIA toutes causes » (y compris Allocation obsèques) - Je prends connaissance des modalités pour la désignation de bénéficiaire(s) page suivante
 - Garantie « Perte de retraite suite à invalidité »
 - Garantie « Régime Indemnitaire en Incapacité Temporaire de Travail » - Un seul choix possible
 - Indemnisation à 45% lors du plein traitement
 - Indemnisation à 95% lors du plein traitement

Tournez SVP

Nom de l'assuré : _____

CLAUSE DE DESIGNATION DE BENEFICIAIRE(S) EN CAS DE DECES

Sauf désignation particulière, le capital prévu est versé, conformément aux dispositions figurant aux conditions particulières du contrat et reprises dans la notice d'information.

ATTENTION, cette stipulation reste valable (quelles que soient les modifications dans la situation de famille) et ce jusqu'à révocation écrite de votre part.

Si vous ne souhaitez pas l'application de la clause contractuelle, vous avez la possibilité d'opter pour une clause particulière qui doit être rédigée sur papier libre, datée et signée.

Je suis actuellement en arrêt de travail	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Je suis actuellement assuré auprès d'un autre organisme pour les mêmes garanties	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Je suis adhérent à une offre individuelle Intérieure	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI – Indiquez le numéro.....

Faculté de renonciation à l'adhésion :

A compter de la prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle, je dispose d'un délai de 30 jours calendaires pour renoncer à mon adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception, à envoyer à Gras Savoye / Intérieure – TSA 91005 – 69303 LYON CEDEX 07

Exemple de lettre de renonciation :

« Je, soussigné (nom, prénom), demeurant (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro d'adhésion) au contrat collectif à adhésion facultative conclu auprès de la Mutuelle Intérieure.

Faite à ____ le ____ . »

Je déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués et j'atteste avoir été informé(e) de l'ensemble de mes droits et obligations par la remise préalable à mon adhésion, d'un exemplaire des statuts, du Règlement Intérieur et des notices d'information.

En cas de modification de mon état de santé (survenue d'un arrêt de travail) entre la date de signature du présent document et la date d'effet de mon adhésion, je m'engage à informer Gras Savoye de ce changement.

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées par la Mutuelle dans le cadre de la passation des contrats, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution des obligations de la mutuelle conformément à leur objet. Elles peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels l'adhérent bénéficie de garanties ainsi qu'aux délégataires de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires, réassureurs et notamment aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission. Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, le membre participant, ainsi que toute personne dont des données personnelles sont conservées par la mutuelle, dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression sur les informations les concernant. Pour ce faire, le membre participant peut adresser un courrier au siège social de la mutuelle, à l'attention de la direction juridique.

CACHET DE L'EMPLOYEUR

Fait à _____ le _____

Signature de l'adhérent(e) précédée de la mention manuscrite " je donne mon accord pour le précompte de la cotisation sur mon salaire "

Ce document est à retourner dûment complété, signé par l'adhérent et cacheté par l'employeur à : GRAS SAVOYE – Intérieure – TSA 91005 – 69303 LYON CEDEX 07

PIECES A JOINDRE :

- Copie de la carte nationale d'identité ou d'un passeport valide
- RIB
- Copie du bulletin de salaire du mois de décembre, à défaut le dernier bulletin de salaire (document obligatoire pour l'enregistrement de votre adhésion)
- Désignation de bénéficiaire(s) sur papier libre, uniquement si vous ne souhaitez pas l'application de la clause contractuelle