

DEMANDE DE SOUSCRIPTION COLLECTIVITE



COLLECTIVITE :

Raison sociale : N° de Siret :

Adresse:

Code postal : Commune :

Effectif (agents CNRACL et IRCANTEC) :

Interlocuteur au sein de la Collectivité :

Nom et Prénom : Fonction :

Téléphone : E-mail :@.....

Cet email est utilisé pour accuser réception de cette demande de souscription et pour la gestion des adhésions et des cotisations des agents

Adhésion en ligne : signataire pour la Collectivité :

Nom et Prénom : Fonction :

Téléphone : E-mail :@.....

ADHESION :

Je soussigné(e)
autorisé(e) par une délibération en date du adhère à la convention de participation et souscrit au contrat de « Prévoyance Complémentaire des personnels de la fonction publique » mis en place par le Centre Départemental de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Lozère au profit de ses agents.

Les garanties proposées aux agents de la collectivité sont les suivantes :

Garanties	Niveau d'indemnisation (en pourcentage du traitement net de référence)	Taux de cotisation (en pourcentage du traitement brut de référence)
Incapacité temporaire + Invalidité permanente + Perte de retraite consécutive à une invalidité	80 %	1,22 %
Incapacité temporaire + Invalidité permanente + Perte de retraite consécutive à une invalidité	90 %	1,53 %
Incapacité temporaire + Invalidité permanente + Perte de retraite consécutive à une invalidité	95 %	1,65 %
Incapacité temporaire + Invalidité permanente + Perte de retraite consécutive à une invalidité	100 %	1,81 %
Incapacité temporaire totale + Invalidité permanente + Perte de retraite consécutive à une invalidité + Décès/PTIA	80 %	1,66 %
Incapacité temporaire totale + Invalidité permanente + Perte de retraite consécutive à une invalidité + Décès/PTIA	90 %	1,95 %
Incapacité temporaire totale + Invalidité permanente + Perte de retraite consécutive à une invalidité + Décès/PTIA	95 %	2,06 %
Incapacité temporaire totale + Invalidité permanente + Perte de retraite consécutive à une invalidité + Décès/PTIA	100 %	2,22 %

ASSIETTE DE COTISATION

L'assiette de cotisation retenue est la suivante :

TBI + NBI + RI
Traitement Brut Indiciaire + Nouvelle Bonification Indiciaire + Régime Indemnitaire

Les cotisations sont versées à Sofaxis Mensuellement
Trimestriellement

Date de déclaration des cotisations souhaitée :

SIGNATURES

J'ai bien noté que l'adhésion est effective pour toute la durée de la convention de participation.

Je m'engage à :

- déclarer à l'assureur tous les agents adhérents au présent contrat, à sa date d'effet et en cours de vie du contrat,
- acquitter les cotisations à réception des appels de cotisation établis par Sofaxis.

Je m'engage à fournir à Sofaxis les informations nécessaires à la gestion du contrat et à prélever les cotisations dues sur les salaires des agents.

Date d'effet de l'adhésion :

Je certifie complets et exacts les renseignements portés sur cette déclaration.

Fait à..... le **en trois exemplaires.**

Pour la Collectivité

**Pour le Centre
Départemental de
Gestion de la Lozère**

M. Laurent SUAU
Président



Merci d'adresser cette demande de souscription en 3 exemplaires au Centre Départemental de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Lozère avec, le cas échéant, copie de la délibération relative au régime indemnitaire au sein de la Collectivité.
Après signature, le CDG la transmettra à :

SOFAXIS – Service Contrats Adhésions – CS 80006 – 18 020 BOURGES Cedex

Pour nous contacter :

Par mail : productioncontratprev@sofaxis.com
Par téléphone : 02.48.48.21.00