

BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUELLE

Valant Certificat d'Adhésion



PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE
DU PERSONNEL TERRITORIAL

Ce bulletin est à compléter en 2 exemplaires
(1 exemplaire à retourner à votre Service du Personnel et 1 à conserver par vos soins).

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE COLLECTIVITE :

Raison sociale : N° de Siret :
Adresse :
Code postal : Commune :

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT :

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur
Nom : Prénom :
Nom de jeune fille : N° sécurité sociale :
Né(e) le : à CP : Pays :
Situation de famille : Nombre d'enfants à charge :

CNRACL IRCANTEC Agent de droit privé
Catégorie hiérarchique : C B A Filière :
N° matricule :
Traitement brut indiciaire annuel : Prime(s) brute(s) annuelle(s) :

Adresse :
Code postal : Commune :
Téléphone : E-mail :@.....

Cet email est utilisé pour accuser réception de votre adhésion
et pour vous informer du règlement des indemnités

Date d'embauche dans la collectivité :

Date d'effet de l'adhésion* : au 1er jour du mois suivant la signature du bulletin d'adhésion individuelle, sous réserve des conditions
prévues au contrat.

Situation de l'agent : Temps plein Temps partiel Temps non complet
 Temps partiel thérapeutique Arrêt de travail pour raisons de santé

* Pour toute demande d'adhésion, l'agent en arrêt de travail et précédemment couvert pour des risques équivalents peut intégrer le dispositif dès
le premier jour de reprise de son activité sur présentation d'une attestation de son précédent assureur.
A défaut de produire cette attestation, l'adhésion prend effet après une reprise d'activité de 30 jours consécutifs

CHOIX DES GARANTIES

Garanties	Niveau d'indemnisation (en pourcentage du traitement net de référence)	Taux de cotisation (en pourcentage de l'assiette choisie ci à droite)	Assiette de cotisation et de remboursement Traitement Indiciaire Brut + NBI	
			Sans le Régime Indemnitaire	Avec le Régime Indemnitaire
Incapacité temporaire totale + Invalidité permanente totale et partielle	95 %	0,95 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacité temporaire totale + Invalidité permanente totale et partielle + Perte de retraite consécutive à une invalidité	95 %	1,15 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacité temporaire totale + Invalidité permanente totale et partielle + Perte de retraite consécutive à une invalidité + Décès/PTIA (200 % du TIB annuel)	100 %	1,96 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacité temporaire totale + Invalidité permanente totale et partielle + Perte de retraite consécutive à une invalidité + Décès/PTIA (100 % du TIB annuel)	100 %	1,35 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cochez la case correspondant à la formule que vous retenez

En cas d'adhésion à une garantie décès / Bénéficiaire en cas de décès : Le conjoint de l'assuré non séparé de droit ^(*); à défaut les enfants de l'assuré, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ; à défaut les ascendants à charge par parts égales entre eux ; à défaut les héritiers de l'assuré par parts égales entre eux. Si cette clause ne convenait pas les bénéficiaires seraient la ou les personnes désignées par l'assuré lui-même sur le formulaire « désignation de bénéficiaire » ou sur lettre manuscrite, datée et signée par l'assuré et adressé à l'assureur.

(*) conjoint survivant non séparé de corps judiciairement à la date du décès, non divorcé

Je certifie complets et exacts les renseignements portés sur cette déclaration. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré l'expose aux sanctions prévues par les articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances.

Sofaxis et SPHERIA Vie sont coresponsables d'un traitement ayant pour finalité la gestion du contrat « Prévoyance Complémentaire ». A ce titre, j'accepte expressément que les Sociétés Sofaxis et SPHERIA Vie, dans le cadre du présent contrat, collectent des données de santé me concernant, indispensables à la bonne gestion du dit contrat.

J'autorise les services compétents de mon employeur à fournir à Sofaxis les informations nécessaires à la gestion du contrat et à prélever les cotisations dues sur mon salaire.

J'adhère au contrat collectif « LA PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE DU PERSONNEL DE LA FONCTION PUBLIQUE » souscrit par mon employeur auprès de SPHERIA Vie. Je déclare avoir pris connaissance et reçu un exemplaire des Conditions Générales valant notice d'information n° CGxx-0146-0001.

Vos coordonnées peuvent être transmises par Sofaxis aux autres filiales du groupe. Si vous ne souhaitez pas recevoir de propositions de leur part, veuillez cocher cette case

Fait à.....en deux exemplaires, le _____

Signature de Sphéria Vie

Signature de l'agent

Signature et cachet de la Collectivité

SPHERIA VIE
S.A. à directoire et Conseil de Surveillance
Au capital de 22 420 000 € Régie par le Code des Assurances
414 494 708 RCS Orléans
23 bd Jean Jaurès - BP 1423
45004 ORLEANS CEDEX 1



Ce Bulletin Individuel d'Adhésion, complété et signé, est à envoyer à :
Sofaxis – Service Contrats Adhésions – CS 80006 – 18 020 BOURGES Cedex

Pour nous contacter :

Par mail : adhesionprev@sofaxis.com

Par téléphone : 02.48.48.21.00

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où le preneur est informé que le contrat est conclu. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : SPHERIA Vie – 23 boulevard Jean Jaurès – CS 51423 – 45004 ORLEANS Cedex 1. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre de renonciation ci-après: "Je soussigné(e)demeurant à.....déclare renoncer à mon adhésion n° au contrat LIBRIS PREVOYANCE II dont la date d'effet est fixée à et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où je suis informé(e) que le contrat est conclu. Date : Signature :"

Conformément à la Loi Informatique et Libertés, l'adhérent, et, le cas échéant, les bénéficiaires désignés disposent d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification sur les données les concernant ainsi que d'opposition pour motifs légitimes à ce que celle-ci fassent l'objet d'un traitement. Ces droits s'exercent, par courrier postal, auprès de la société SPHERIA Vie, à l'adresse suivante SPHERIA VIE, 23 boulevard Jean Jaurès – CS 51423 – 45004 ORLEANS Cedex 1, accompagné d'une copie d'un titre d'identité.

BAI Prévoyance CDG 48 VF.docx

Un contrat proposé par :

Sphéria-Vie, Entreprise régie par le Code des assurances, SA à Directoire et Conseil de Surveillance

au capital de 22 420 000 EUR, 23 boulevard Jean Jaurès – CS 51423 - 45004 ORLEANS Cedex 1, 414 494 708 RCS ORLEANS

