

**PARTIE À COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT**

NOM : RENAUD PRENOM : CHRISTELLE

DATE DE NAISSANCE : 27 10 1969

Numéro de sécurité sociale : 2 69 10 16 015 147 15

ADRESSE : 562 route de Chantoiseau

CODE POSTAL : 16560 LOCALITÉ : Coulgens

ADRESSE mail : Luna.renaud@orange.fr

Collectivité : Mairie d'Aumac Valade Date d'embauche : 09/2013

Avant votre demande d'adhésion à la MNT, étiez-vous déjà couvert au titre d'un contrat collectif par une garantie permettant le versement de prestations en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité, souscrite auprès d'autre(s) organisme(s) ? OUI\* ☒ NON\* ☐

☒\* Si oui, nom de l'organisme: MNT

Période(s) d'adhésion du 01/10/2014 au 31/12/2021

☐\* Si non, j'atteste ne pas avoir eu de précédente garantie maintien de salaire **au titre d'un contrat collectif** auprès d'un autre assureur avant mon adhésion au contrat prévoyance de la MNT.

♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦

L'arrêt fait-il suite à un accident : OUI\* ☐ NON\* ☒

Si oui, en cas de tiers responsable, remplir un Questionnaire accident.

♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦

*Je m'engage à reverser, à la première requête de la Mutuelle Nationale Territoriale, toute somme indûment perçue **et notamment si mon plein traitement était rétabli avec effet rétroactif à la suite de la modification du congé maladie.***

*En cas de non-remboursement, une compensation sera effectuée sur toutes les prestations à venir au titre du présent contrat jusqu'à apurement total de la dette.*

Fait à Coulgens le 29 novembre 2021

Signature précédée de la **mention manuscrite**,  
« Lu et approuvé »

*Lu et approuvé* *Renaud*

\* cocher la case correspondante

**PARTIE À COMPLÉTER PAR LA COLLECTIVITÉ DONT DÉPEND L'ADHERENT**

Type du congé de maladie : ordinaire

Date de départ de l'arrêt de travail en cours : 10 09 2021

Date du passage à demi-traitement : 01 11 2021

Périodes à indemniser : 01/11/2021 au 10/12/2021

Reprise d'activité : OUI\* ☐ NON\* ☒ Si OUI le : \_\_\_\_\_

**Détail des arrêts de travail au cours des douze derniers mois précédant la date du passage à demi-traitement à compléter ci-dessous :**  
(ou joindre un tableau/état récapitulatif des absences maladie)

Type du congé	Périodes rémunérées à plein traitement	Nombre de jours à plein-traitement
NO	12 au 17/03/2021	6
NO	20/05/2021 au 20/06/2021	32
NO	10/09/2021 au 30/09/2021	52

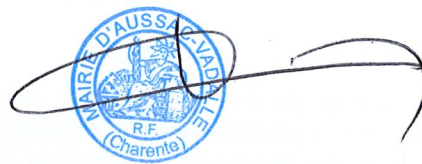
**OBSERVATIONS :**

Fait à Aussac-Vadalle le 02/12/2021

Mail du contact RH au sein de la collectivité :

mairie @ aussac-vadalle . fr

Signature et **cachet** de la Collectivité



**PIÈCES À JOINDRE À CE DOCUMENT :**

- Les trois derniers bulletins de salaire ainsi que le bulletin de salaire à demi-traitement
- Le détail des arrêts de travail au cours des douze derniers mois précédant la date du passage à demi-traitement
- Pour les agents affiliés à la Sécurité Sociale : les décomptes des Indemnités Journalières de la Sécurité Sociale (même en cas de subrogation)
- Un RIB si celui-ci est différent du RIB utilisé pour le versement du salaire
- Le *questionnaire médical de demande de prestations* de la Mutuelle Nationale Territoriale complété et joint sous enveloppe cachetée portant la mention « Confidentiel - Secret médical »
- Le cas échéant, la copie de l'avis du Comité médical départemental relatif au congé de maladie ou de l'arrêt municipal ou de la Commission de réforme.

**DOSSIER À RETOURNER À :** MNT Prestations Prévoyance - TSA 60019 - 33 044 BORDEAUX Cedex