

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT

NOM : RENAUD

PRENOM : CHRISTELLE

DATE DE NAISSANCE : 27 10 1969

Numéro de sécurité sociale : 269 10 16 015 147 15

ADRESSE : 562 route de chambineau

CODE POSTAL : 16560 LOCALITÉ : Coulgens

ADRESSE mail : Luna.renaud@orange.fr

Collectivité : Mairie d'Auvac Vadalle 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 »

J'ai lu et approuvé Renard

* cocher la case correspondante

Conformément à la loi Informatique et Libertés modifiée du 06.01.1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toute information vous concernant en nous écrivant : MNT, 4 rue d'Athènes 75009 PARIS.

Mutuelle Nationale Territoriale, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584 et enregistrée sous l'identifiant LEI 9695000Q8HEMSMPFF29 attribué par l'INSEE. Siège social : 4 rue d'Athènes – 75009 PARIS

GMS-20-IJ-OUV-MNT

PARTIE À COMPLÉTER PAR LA COLLECTIVITÉ DONT DÉPEND L'ADHÉRENT

Type du congé de maladie : ordinarie

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 Ausson-Nadalle le 02/12/2021

Mail du contact RH au sein de la collectivité :

Mairie @ ausson-nadalle.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 « Confidential - Secret médical »
- Le cas échéant, la copie de l'avis du Comité médical départemental relatif au congé de maladie ou de l'arrêté municipal ou de la Commission de réforme.

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