



BULLETIN DE DEMANDE D'ADHESION

CONTRAT COLLECTIF MAINTIEN DE SALAIRE



Nouvelle adhésion ⁽¹⁾ ☒

Modification du contrat ⁽¹⁾ ☐

Date d'effet : 01 02/2024
mm/aaaa

VOS INFORMATIONS

Civilité : 1. Nom : NARCU Nom de naissance : _____

Prénoms : Romain _____

Lieu de naissance : SOYAUX Date de naissance : 02/03/1988
jj/mm/aaaa

Situation de famille : ⁽¹⁾ Célibataire ☐ Marié(e) ☒ Pacsé(e) ☐ Union libre ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐

Nombre d'enfants à charge : 2 Téléphone fixe : _____ Portable : 06 46 98 49 01

Email : Romain0203@hotmail.com

Adresse : 21, rue port léger

Complément d'adresse : _____

Code Postal : 16230 Ville : FONTCLAIREAU

N° de SECU : 18803 16 374 018 21

VOTRE STATUT

Êtes vous en arrêt de travail pour maladie ou accident, en maladie fractionnée ou en disponibilité d'office pour raison de santé ? ⁽¹⁾ ☐ OUI ☒ NON

Êtes vous en temps partiel thérapeutique ? ⁽¹⁾ ☐ OUI ☒ NON

Filière : Technique Préciser votre profession : Adjoint technique territorial

N° de matricule : _____ Collectivité ou établissement : Commune d'Aussac-Vadalle

Date d'entrée dans la collectivité ou établissement jj/mm/aaaa : 02/01/2024

Catégorie : ⁽¹⁾ ☐ A ☐ B ☒ C ☐ Assistant(e) Familial(e)

Vous êtes un agent : ⁽¹⁾ ☐ CNRACL Titulaire ☐ IRCANTEC Titulaire (Contrat de travail < 28h) ☒ IRCANTEC Non-titulaire ☐ Autres

LISTE DES DOCUMENTS À RETOURNER

- Le bulletin d'adhésion, préalablement rempli et signé
- L'imprimé de désignation du ou des bénéficiaires en cas de décès UNIQUEMENT si vous adhérez à la garantie décès-PTIA



demain@territoria-mutuelle.fr
OU
TERRITORIA MUTUELLE
54 RUE DE GABIEL
CS 76016
79185 CHAURAY CEDEX



TERRITORIA
mutuelle
Membre d'AÉSIO mutuelle

CHOISISSEZ VOS GARANTIES

GARANTIE OBLIGATOIRE (Couverture de votre régime indemnitaire à 45% pendant la période à demi-traitement)

☒ MAINTIEN DE SALAIRE

GARANTIES OPTIONNELLES ⁽¹⁾

☐ GARANTIE INVALIDITÉ AVEC RI

☐ GARANTIE PERTE DE RETRAITE AVEC RI (Uniquement pour les agents CNRACL et si la garantie invalidité souscrite)

☐ GARANTIE CAPITAL DÉCÈS & PTIA SANS RI (Perte totale et irréversible d'autonomie)

☐ Clause contractuelle

☐ Désignation particulière de bénéficiaire : remplir le document « clause de désignation de bénéficiaire »

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT



☒ Je disposais d'un contrat de même nature chez un précédent assureur

☒ J'accepte de recevoir par email des offres et informations de TERRITORIA MUTUELLE

FAIT À Aussac-Vadalle, LE 04/01/2024

SIGNATURE

(1) cocher la case correspondante

En signant, j'autorise les services de ma collectivité à fournir à TERRITORIA MUTUELLE les informations nécessaires à la gestion du contrat

A compter de la prise d'effet de l'adhésion, je dispose d'un délai de 30 jours calendaires pour renoncer à mon adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception, à envoyer à TERRITORIA MUTUELLE - CS 76016 - 79185 CHAURAY CEDEX

Exemple de lettre de renonciation : « Je soussigné (nom, prénom) demeurant (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro adhésion) au contrat collectif à adhésion facultative conclu après de la mutuelle. Fait à Le ».

En signant, j'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document et m'engage à en signaler toute modification. Je certifie avoir été sollicité par TERRITORIA MUTUELLE pour déterminer mes besoins et exigences en matière de couverture prévoyance complémentaire afin de recevoir un conseil adapté à ma situation et à mon budget. J'atteste avoir pris connaissance de la notice d'information et des statuts disponibles sur territoria-mutuelle.fr ou à la demande au 05 49 33 76 51. La collecte et la conservation de vos données personnelles est effectuée par TERRITORIA MUTUELLE afin d'assurer la gestion administrative et commerciale de votre dossier, ainsi que pour répondre aux exigences réglementaires qui encadrent votre contrat. Celles-ci sont transmises aux partenaires de gestion afin de mettre en œuvre l'ensemble de vos garanties.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition, de portabilité, ainsi qu'un droit à la limitation du traitement. Vous pouvez exercer ces droits à tout moment en contactant notre délégué à la protection des données personnelles par mail à dpo@territoria-mutuelle.fr ou par courrier à TERRITORIA MUTUELLE - à l'attention du DPO.



TERRITORIA MUTUELLE | mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité | SIREN 483 041 307
Siège social | 54 rue de Gabriel | CS 76016 | 79185 CHAURAY CEDEX
05 49 33 76 51 | demain@territoria-mutuelle.fr

Substituée par AÉSIO mutuelle | mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité
Immatriculée sous le n° 775 627 391 | Siège social | 4 rue du Général Foy | 75008 PARIS