

Merci de compléter tous les champs ; à défaut votre demande d'adhésion ne pourra être traitée.

EMPLOYEUR (COLLECTIVITÉ OU ÉTABLISSEMENT PUBLIC)

N° Siret

Raison Sociale

Adresse (numéro/Voie)

Code postal Ville

RÉFÉRENT AU SEIN DE LA COLLECTIVITÉ OU DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC

Mme ☐ M. ☐ Nom Prénom

Fonction

Téléphone Email @

RÉFÉRENT POUR L'OUVERTURE DE L'EXTRANET RH

Mme ☐ M. ☐ Nom Prénom

Fonction

Téléphone Email @

ADHÉSION

Date d'effet de l'adhésion (*) / /

Montant de la participation / agent / mois Effectif total de la Structure

(*) Avant d'adhérer au présent dispositif, si ma Collectivité ou mon Établissement avait précédemment souscrit un contrat collectif, je dois préalablement m'assurer qu'il ne sera plus en vigueur au 01/01/2026. A défaut, je dois le résilier selon les modalités prévues par ledit contrat.

☐ Vu la délibération n° du / / Je soussigné(e) , en qualité de , déclare mon intention d'adhérer à la Convention de Participation relative au contrat facultatif "Frais de santé" conclue entre le CDG 63 et INTÉRIALE.

☐ Dans l'attente de la délibération du / / Je soussigné(e) , en qualité de , déclare mon intention d'adhérer à la Convention de Participation relative au contrat facultatif "Frais de santé" conclue entre le CDG 63 et INTÉRIALE.

CONDITIONS TARIFAIRES

J'accepte les conditions tarifaires mutualisées standard retenues par le CDG 63 dans le cadre de la consultation.

GESTION DES COTISATIONS

Modalités de règlement des cotisations :

- ☒ Règlement des cotisations par :
- précompte sur le salaire des agents - Déclaration Sociale Nominative (DSN) : OUI ☐ NON ☐
 - prélèvement bancaire pour les agents retraités

(mode de fonctionnement retenu dans le cadre de la consultation du CDG pour l'ensemble des agents actifs et retraités. Le mode retenu pour les retraités est le prélèvement bancaire)

Je reconnais avoir pris connaissance de la Convention de Participation relative au contrat collectif facultatif « Frais de santé » conclue entre le CDG et INTÉRIALE, ainsi que des pièces contractuelles afférentes.

Je m'engage à permettre à INTÉRIALE et Relyens de promouvoir le dispositif auprès de mes agents.

Je déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués sur ce Bulletin d'Adhésion.

Fait à _____, le / / .

Signature :
(faire précéder votre signature de la mention «lu et approuvé»)

Cachet de la collectivité ou établissement public