

Demande d'adhésion

Contrat d'assurance groupe Risques statutaires

.....
Prénom Nom :

Fonction : Maire / Président(e) ⁽¹⁾

(1) Rayez la mention inutile

Raison sociale et adresse de la collectivité ou de l'établissement public :

.....

Numéro SIRET :

Prénom et nom du contact de la collectivité

Trésorerie de rattachement **N° codique du poste comptable**

Masse salariale globale des agents CNRACL pour l'année N-1 :

Nombre d'agents affiliés à la CNRACL :

Nombre d'agents affiliés à l'IRCANTEC :

.....
 demande l'adhésion au contrat groupe d'assurance des risques statutaires proposé par le centre de gestion et Sofaxis/CNP aux conditions suivantes (cochez les garanties souhaitées)

Pour les agents titulaires ou stagiaires affiliés à la **CNRACL** : pour tous les risques (décès, accident de service et maladie imputable au service, maladie ordinaire, maladie de longue durée, longue maladie, maternité, adoption, paternité).
Franchise 10 jours fermes par arrêt sur le risque maladie ordinaire : 5.95 %

Pour les agents titulaires ou stagiaires **non affiliés à la CNRACL** et agents non titulaires de droit public : pour tous les risques (accident de service et maladie imputable au service, maladie grave, maternité, adoption, paternité, maladie ordinaire)
Franchise 10 jours fermes par arrêt sur le risque maladie ordinaire : 1.10 %

décide de ne pas adhérer au contrat d'assurance groupe proposé par le centre de gestion et Sofaxis/CNP.

Fait à

Le

Signature et cachet :