

# DEMANDE DE SOUSCRIPTION COLLECTIVITE

## PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE DU PERSONNEL TERRITORIAL

### COLLECTIVITE :

Raison sociale : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Commune : .....

N° Siret : .....

Masse Salariale Totale : .....

Effectif Total de la collectivité : .....

Année de référence de l'effectif .....

### Interlocuteur au sein de la Collectivité :

Nom et Prénom : .....

Fonction : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....@.....

Cet email est utilisé pour accuser réception de cette demande de souscription et pour la gestion des adhésions et des cotisations des agents

### Adhésion en ligne : signataire pour la Collectivité :

Nom et Prénom : .....

Fonction : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....@.....

### ADHESION :

Je soussigné(e) ....., autorisé(e) par une délibération en date du \_\_\_\_\_ adhère à la convention de participation et souscrit au contrat de « Prévoyance Complémentaire des personnels de la fonction publique » mis en place par le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Doubs au profit de ses agents.

Montant de la Participation : .....

Les cotisations sont versées à Relyens SPS Santé Prévoyance ..... **Mensuellement**   
**Trimestriellement**

**Date d'effet de l'adhésion\*** : .....

*\* La date d'effet du contrat ne peut être antérieure à la date de délibération à la convention de participation.*



Merci d'adresser cette demande de souscription **signée au verso** avec :  
- copie de la délibération contenant le montant de la participation  
Si votre collectivité a souscrit le RI, joindre copie de la délibération relative au régime indemnitaire

**CENTRE DE GESTION DU DOUBS**  
50 AVENUE WILSON – CS 98416  
25208 MONTBELIARD CEDEX

Pour nous contacter :  
Par mail : [contrat.groupe@cdg25.org](mailto:contrat.groupe@cdg25.org)  
Par téléphone : 03 .70.07.16.17

## ASSIETTE DE COTISATION au choix de la collectivité

L'assiette de cotisation retenue est la suivante :	TBI* + NBI	Option RI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacité temporaire totale de travail</li> <li>• Invalidité permanente</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte de retraite</li> <li>• Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie</li> <li>• Rente éducation</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	

\*dont heures complémentaires pour les agents à temps non complet

Les garanties possibles sont les suivantes, la formule sera choisie par les agents :

Garanties de base	Niveau d'indemnisation	Taux de cotisation en pourcentage de l'assiette de cotisation souscrite
Incapacité temporaire totale de travail + Invalidité permanente	90 % du traitement net de référence	<b>1.31 %</b>
<b>Options</b>		
Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente	90% de la perte net	<b>0.37 %</b>
Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie	100% traitement annuel net de référence	<b>0.31 %</b>
Rente éducation	10% du traitement net de référence	<b>0.42 %</b>

## SIGNATURES

J'ai bien noté que l'adhésion est effective pour toute la durée de la convention de participation.

Je m'engage à :

- Déclarer à l'assureur tous les agents adhérents au présent contrat, à sa date d'effet et en cours de vie du contrat.
- Acquitter les cotisations à réception des appels de cotisation établis par Relyens SPS Santé Prévoyance.

Je m'engage à fournir à Relyens SPS Santé Prévoyance les informations nécessaires à la gestion du contrat et à prélever les cotisations dues sur les salaires des agents.

Relyens SPS, courtier gestionnaire, est responsable, au sens du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) N°2016/679 du 27 avril 2016, ci-après « RGPD »), de traitements de données à caractère personnel vous concernant.

Les traitements mis en œuvre par Relyens SPS ont pour finalités :

- La gestion des contrats de prévoyance complémentaire (gestion des adhésions des collectivités au contrat mis en place par le Centre de Gestion) et des appels de cotisations,
- La gestion des réclamations clients

La licéité des traitements mis en œuvre repose sur :

- l'exécution de mesures précontractuelles prises à votre demande,

Vos réponses à l'ensemble des rubriques sont obligatoires ; à défaut Relyens SPS pourrait être dans l'impossibilité de faire suite à votre demande de souscription ou le temps de traitement pourrait être retardé.

Certaines des données collectées et traitées par Relyens SPS lui sont transmises par le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale auquel votre Collectivité est affiliée.

Vos données sont destinées aux équipes habilitées de Relyens SPS et en particulier celles en charge de la production des contrats de prévoyance, ainsi que, pour les données qui les concernent, au Centre de Gestion, aux sous-traitants ou prestataires éventuels impliqués dans la mise en œuvre du traitement.

Vos données seront conservées :

- pendant la durée du contrat de prévoyance complémentaire,
- cette durée étant augmentée à la fois de la durée des prescriptions légales ainsi que des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès.

Par ailleurs et sous certaines conditions, vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement à la portabilité de vos données, ainsi que du droit de vous opposer audit traitement.

Vous pouvez exercer ces différents droits en justifiant de votre identité en contactant le Délégué à la protection des données de Relyens SPS par courrier postal (Relyens SPS – DPO – CS 80006 – 18020 Bourges Cedex) ou par courrier électronique (privacy.sps@relyens.eu).

En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

**Je certifie complets et exacts les renseignements portés sur cette déclaration.**

Fait à..... le .....

**Signature du représentant légal  
et cachet de la Collectivité Adhérente**