

BULLETIN DE DEMANDE D'ADHÉSION INDIVIDUEL

CONTRAT COLLECTIF PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE

Nouvelle adhésion ☐ **Modification du contrat** ☐ **Date d'effet :** 01 mm/aaaa

Le cas échéant, n° du précédent contrat individuel souscrit auprès de
TERRITORIA mutuelle en cas de demande de transfert sur le présent contrat collectif :

Informations liées à votre contrat à adhésion obligatoire :

L'adhésion est valable à la date d'effet du Contrat ou à la date d'embauche si vous avez intégré l'effectif de votre employeur postérieurement à la date d'effet du Contrat. La date d'effet des garanties facultatives est valable après accord de la Mutuelle. Notifiée par la Mutuelle, elle peut être différente de la date d'effet des garanties obligatoires.

Selon votre Contrat, vous pouvez être soumis à un délai de stage ou un délai de carence, à compter de la date d'effet de l'adhésion, comme indiqué dans la notice d'information. Dans ce cas, la prise d'effet des garanties sera différente de la date d'effet de l'adhésion. Si vous êtes en arrêt (y compris en congé longue maladie fractionné, congé longue durée fractionné ou en temps partiel thérapeutique) au moment de la prise d'effet de votre Contrat, les suites et conséquences de la pathologie ou du sinistre à l'origine de l'arrêt en cours, ne feront l'objet d'aucune prise en charge par la Mutuelle.

VOS INFORMATIONS

Civilité : Nom d'usage : Nom de naissance :

Prénoms :

Lieu de naissance : Date de naissance :
code postal + ville + pays jj/mm/aaaa

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

Nombre d'enfants à charge : Téléphone fixe : Portable :

Email :

Adresse :

Complément d'adresse :

Code Postal : Ville :

N° de Sécurité Sociale :

VOTRE STATUT

Êtes-vous en arrêt de travail pour maladie ou accident, en congé longue maladie fractionné ou en disponibilité d'office pour raison de santé ? ☐ OUI ☐ NON

Êtes-vous en temps partiel thérapeutique ? ☐ OUI ☐ NON

Collectivité ou établissement :

Date d'entrée dans l'établissement ou la collectivité : jj/mm/aaa

Filière : Profession :

N° de matricule : Catégorie : ☐ A ☐ B ☐ C ☐ Assistant(e) familial(e) ou maternel(le)

Vous êtes un agent : ☐ CNRACL Titulaire ☐ De droit privé ☐ Autres, précisez :
☐ IRCANTEC Non titulaire ☐ IRCANTEC Titulaire (Contrat de travail < 28h)

LISTE DES DOCUMENTS À RETOURNER

- Bulletin de demande d'adhésion rempli et signé,
- Clause de désignation de bénéficiaire 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

CHOISISSEZ VOS GARANTIES

GARANTIES OBLIGATOIRES RETENUES PAR L'EMPLOYEUR

- ☒ MAINTIEN DE SALAIRE : 90% du TIN + NBIN + RIN à compter du 91ème jour d'arrêt
- ☒ GARANTIE INVALIDITÉ : 90% DU TIN + NBIN + RIN
- ☒ GARANTIE DÉCÈS TOUTES CAUSES OU IAD : Capital de 10000€
 - ☐ Clause contractuelle
 - ☐ Désignation particulière de bénéficiaire : remplir le document « clause de désignation de bénéficiaire »

GARANTIES OPTIONNELLES AU CHOIX DE L'AGENT ⁽¹⁾

- ☐ OPTION 1 : PERTE DE RETRAITE SUITE À UNE INVALIDITÉ : Capital de 20000€
- ☐ OPTION 2 : RENFORT MAINTIEN DU RI EN CLM, CLD & CGM À HAUTEUR DE 90% DU RIN DÈS LE 1ER JOUR D'ARRÊT POUR LES PÉRIODES À PLEIN TRAITEMENT

(1) cochez la/les case/s correspondante/s
TIB : Traitement Indiciaire Brut
TIN : Traitement Indiciaire Net

NBIB : Nouvelle Bonification Indiciaire Brute
NBIN : Nouvelle Bonification Indiciaire Nette
RIB : Régime Indemnitaire Brut

RIN : Régime Indemnitaire Net
PASS : Plafond annuel de la Sécurité Sociale
PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité Sociale

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Je disposais d'un contrat prévoyance (incapacité et/ou invalidité) chez un précédent assureur

☐ OUI ☐ NON

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

☐ OUI ☐ NON

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 sur le produit d'assurance et des statuts disponibles sur territoria-mutuelle.fr ou à la demande au 05 49 33 76 51.

Fait à _____,
le _____,
Signature
précédée de la mention « lu et approuvé »

Conditions de résiliation :

Vous pouvez mettre fin à l'adhésion des garanties facultatives au plus tard le 31 octobre de chaque année pour une prise d'effet le 1er janvier suivant et selon les conditions précisées par la notice d'information.

Collecte des données personnelles :

Les informations recueillies sur ce document sont enregistrées dans un fichier informatisé par TERRITORIA mutuelle pour la gestion des contrats. La base légale du traitement est l'exécution d'un contrat. Des traitements sont également mis en œuvre dans le cadre de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ou basés sur notre intérêt légitime, comme la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Les données collectées pourront être communiquées aux entités du Groupe APICIL, à ses partenaires et sous-traitants éventuels ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour les finalités déclarées.

Les données personnelles recueillies ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et des durées de prescription légale applicable en fonction du type de données collectées. Plus de détails sur <https://www.territoria-mutuelle.fr/charte-des-donnees-personnelles/>.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également retirer votre consentement, vous opposer au traitement de vos données, exercer votre droit à la portabilité ou définir des directives post mortem. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez écrire à dpo@territoria-mutuelle.fr ou à l'adresse : TERRITORIA mutuelle - Délégué à la protection des données (DPO) - 54 rue de gabriel - CS 76016 - 79185 CHAURAY CEDEX.

Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Plus de détails sur <https://www.territoria-mutuelle.fr/charte-des-donnees-personnelles/>.