



DECLARATION D'INTENTION D'ADHESION

Au contrat collectif portant sur le risque prévoyance mis en œuvre par la coopération régionale des Centres de Gestion des Pays de la Loire.

Collectivité ou établissement public :

SIRET :

Adresse :

Nombre d'agents :

a pris connaissance des modalités d'adhésion et de financement du contrat de Prévoyance déterminées par l'accord collectif régional du 9 juillet 2024 et des garanties et tarifs proposés par COLLECTEAM / ALLIANZ,

souhaite adhérer définitivement au contrat collectif de prévoyance.

Garantie de couverture envisagée : 90 % 95 % décision en cours

Fait à, le

Le(la) Maire ou le(la) Président(e)

Cette déclaration d'adhésion sera transmise à COLLECTEAM / ALLIANZ qui prendra directement contact avec l'interlocuteur dédié en charge du dossier Prévoyance au sein de votre collectivité :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Tél :

Email :

Date de votre CST (si vous avez votre propre CST) :

Date de votre délibération (avant le 30 novembre) :

Document à retourner complété et signé à psc@cdg44.fr

Au plus tard le 30 septembre 2024

Votre interlocuteur au CDG 44 : Florence HERBERT