

Date de substitution : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

IDENTIFICATION NOUVEL EMPLOYEUR

Raison sociale :
N° SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Adresse :
Code Postal : Ville :
Tél. : Fax :

IDENTIFICATION ANCIEN EMPLOYEUR

Raison sociale :
Adresse :
N° de Contrat :

INTERLOCUTEURS

PRESTATIONS	COTISATIONS
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Tél : - Fax :	Tél : - Fax :
E-mail :	E-mail :

ADHESIONS DES AGENTS

EFFECTIF	FINANCEMENT EMPLOYEUR
Nombre total des agents concernés par la mobilité :	Montant mensuel par agent : € <input type="checkbox"/> Brut <input type="checkbox"/> Net

COTISATIONS

APPELS DE COTISATION

Les appels de cotisation vous sont envoyés tous les trimestres à terme échu. Toutefois, si vous souhaitez les recevoir mensuellement, merci de cocher la case correspondante :

Appel de cotisation trimestriel Appel de cotisation mensuel

PAIEMENT DES COTISATIONS

Lors du paiement des cotisations, n'oubliez pas de mentionner dans le libellé du virement vos codes APP que nous vous avons indiqués lors de la mise en place. Ces codes nous permettent d'identifier vos virements.

CODES SEPA (OU RCN)

Merci de nous indiquer le(s) code(s) SEPA (ou RCN) qui seront utilisés pour le paiement des cotisations (merci de les vérifier avec votre trésorerie)

ASSIETTE DE COTISATION

- Assiette de base** : Traitement Brut Indiciaire + Nouvelle Bonification Indiciaire
 Assiette renforcée : Traitement Brut Indiciaire + Nouvelle Bonification Indiciaire + Régime Indemnitare

REGIME INDEMNITAIRE

Le régime indemnitaire pris en compte comprend l'ensemble des primes versées mensuellement hors IR et SFT.

PRESTATIONS

CHOIX DES GARANTIES

Conformément aux dispositions de l'article L5111-7 du Code général des collectivités territoriales, la convention et, le cas échéant, le contrat sont exécutés dans les conditions antérieures jusqu'à leur échéance.

MENTIONS OBLIGATOIRES

La Loi N° 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites au présent formulaire, elle garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données vous concernant, auprès de COLLECTeam, courtier en assurance de personnes.

Fait à	Le : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Signature :
---------------------	--------------------------------------	--------------------

Pour toutes questions liées aux modalités d'adhésion, niveau des garanties, fonctionnement du contrat etc...
Veuillez contacter notre équipe dédiée au : **02.36.56.00.02**

ANNEXES : Liste des agents concernés

Nom	Prénom	N° SS	Caisse d'affiliation	Adresse	CP	Ville

**Pour les agents en situation de mobilité ne souhaitant pas continuer à bénéficier des garanties du contrat collectif,
merci d'utiliser le formulaire de radiation.**