

DÉCLARATION D'INTENTION

Participation à la consultation de mise en œuvre du contrat groupe d'assurance statutaire

Collectivité ou établissement public :

.....

N° SIRET :

Adresse :

.....

Interlocuteur dédié au dossier « Assurance Statutaire » au sein de votre collectivité :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Tél : Email :

Nombre d'agents CNRACL dans la collectivité **au 1er janvier 2026** :

Garanties souhaitées par la collectivité pour le futur contrat (case à cocher) :

Décès CITIS Maternité Longue-Maladie Longue Durée Maladie ordinaire

Franchises souhaitées par risque (case à compléter ci-dessous, mettre 0 si pas de franchise souhaitée)

..... Nbre Jours CITIS Nbre Jours Longue Maladie -Longue Durée Nbre jours Maladie ordinaire

Souhaite participer à la consultation relative à la mise en œuvre d'un contrat d'assurance statutaire par le Centre de Gestion de Loire-Atlantique pour la période 01/01/2027 au 31/12/2030.

Fait à....., le.....

Le (la) Maire ou le (la) Président(e)

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

Au plus tard le 12 juin 2026

Votre interlocuteur au Centre de Gestion :

Florence COLLET, cheffe du service Finances et Performance économique