Assurons un monde plus ouvert

Ce document une fois signé par votre collectivité, est à retourner par mail à
adhesionprev.sofaxis@relyens.eu

SANTÉ – PRÉVOYANCE
sofaxis
L'EXPERT EN ASSURANCE DU MONDE TERRITORIAL

DEPARTEMENT COLLECTIVITES LOCALES, ENTREPRISES ET COURTAGE
SERVICE DEVELOPPEMENT COLLECTIVITES LOCALES

BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUELLE

Valant certificat d'adhésion
PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE DU PERSONNEL TERRITORIAL

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE COLLECTIVITE

Raison sociale : ..... N° de Siret : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Adresse : .....

Code postal : _ _ _ _ _ Commune : .....

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom ..... Prénom .....

Nom de naissance .....

Né(e) le ..... À ..... CP ..... Pays .....

Situation de famille ..... Nombre d'enfants à charge .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Téléphone ..... E-mail ** .....@.....

** Cet e-mail est utilisé pour accuser réception de votre adhésion et pour vous informer du règlement des indemnisations

☐ CNRACL ☐ IRCANTEC ☐ Agent de droit privé ☐ Titulaire ☐ Stagiaire ☐ Contractuel Catégorie hiérarchique ☐ C ☐ B ☐ A
☐ Agent détaché ☐ Assistant maternel/familial

N° matricule ..... Filière .....

Traitement brut annuel ..... **Date d'embauche dans la collectivité** .....

Exercez-vous ou avez-vous exercé au cours des 2 dernières années, des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives de premier plan (ou un membre direct de votre famille ou toute autre personne à laquelle vous êtes étroitement associé(e)) ?
☐ Non ☐ Oui, précisez la fonction exacte occupée : Précisez le pays :

Date d'effet de l'adhésion : au 1er jour du mois suivant la signature du bulletin d'adhésion individuelle, sous réserve des conditions prévues au contrat.

Situation de l'agent au moment de l'adhésion

☐ Temps complet ☐ Temps partiel ☐ Temps non complet +150h par trimestre ☐ Temps non complet -150h par trimestre
☐ Temps partiel thérapeutique ☐ Arrêt de travail pour raisons de santé

Fonctionnaire ou Agent qui ne sont pas en arrêt de travail à la date d'effet du contrat ou du règlement :
Pour les nouveaux contrats qui suivent la date de prise d'effet du contrat ou du règlement

Le fonctionnaire ou l'agent embauché postérieurement à la date de prise d'effet du contrat ou du règlement, ou de retour de congé parental ou de disponibilité de droit ou sur autorisation, peut y adhérer sans condition sous réserve que son inscription intervienne dans les six premiers mois qui suivent la date d'embauche ou de reprise.
Pour tenir compte des délais de résiliation des contrats existants à la date d'effet du contrat, il sera admis, comme équivalent à une adhésion dans les six mois un engagement d'adhésion donné par le fonctionnaire ou l'agent dans le délai de six mois. L'adhésion et la prise d'effet des garanties intervenant à l'échéance du contrat existant.
Passé ce délai de six mois suivant la date de prise d'effet du contrat ou du règlement, la date d'embauche ou de retour, l'adhésion au titre du contrat ou du règlement est acceptée sans questionnaire médical et au taux du contrat, à l'issue d'une période de 60 jours sans arrêt de travail. Il est précisé que le temps partiel thérapeutique et la période de préparation au reclassement ne sont pas assimilés à une période d'arrêt de travail.
Il est précisé que l'assureur ne peut s'opposer à l'entrée d'agent antérieurement non assuré ou écarté dans le contrat précédent.

Fonctionnaire ou agent en arrêt de travail à la date d'effet du contrat ou du règlement :
Le fonctionnaire ou l'Agent peut adhérer immédiatement au contrat ou au règlement dans le délai de six mois pour les contrats à effet à partir du 01/01/2020, la garantie s'exerçant pour les risques dont l'origine est postérieure à la prise d'effet de la garantie.

CHOIX DES GARANTIES

Assiettes de cotisations	TBI + NBI *	TBI + NBI + RI *	TBI + NBI + RI *	TBI + NBI + RI *
Niveaux d'indemnisations	95 % du traitement net (50% employeur + 45% CNP)	95% du traitement net (50% employeur + 45% CNP) + 45% du RI ** (primes suivent le traitement)*	95% du traitement net (50% employeur + 45% CNP) + CNP complète jusqu'à 95% du RI (primes supprimées ou diminuées en 1/2 traitement)	95% du traitement net (50% employeur + 45% CNP) + CNP complète jusqu'à 95% du RI (primes supprimées ou diminuées en plein et 1/2 traitement)
Garantie de base : Incapacité temporaire **+** Invalidité permanente totale	**2.00 % ☐**	**2.00 % ☐**	**2.36 % ☐**	**2.62 % ☐**
Options				
Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente	**0.60 % ☐**	**0.60 % ☐**	**0.60 % ☐**	**0.60 % ☐**
Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie (Indemnisation : 100 % du traitement net annuel)	**0.38 % ☐**	**0.38 % ☐**	**0.38 % ☐**	**0.38 % ☐**
Rente éducation *(ne peut être souscrite sans l'option Décès)* (Indemnisation : 10% du traitement net annuel)	**0.29 % ☐**	**0.29 % ☐**	**0.29 % ☐**	**0.29 % ☐**

*TBI : traitement indiciaire brut – NBI : nouvelle bonification indiciaire – RI : régime indemnitaire
** indemnisation prise en charge par Sofaxis (en plus du RI éventuellement maintenu par l'employeur)

Bénéficiaire en cas de décès

En cas d'adhésion à une garantie décès, sauf stipulation contraire de la part de l'Assuré, la prestation de la garantie en cas de décès est attribuée selon la clause type suivante : à son conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé, à défaut à son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, non séparé ; à défaut à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux sans descendant; à défaut à ses ascendants par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux ; à défaut aux héritiers de l'Assuré par parts égales entre eux.

Déclarations de l'adhérent :

Je soussigné(e) _____,
- Déclare demander l'adhésion au contrat souscrit par mon employeur auprès de CNP Assurances;
- Déclare avoir pris connaissance et reçu un exemplaire de la notice d'information ;
- Déclare avoir lu et compris chacune des déclarations et ci-dessous et certifie complets et exacts les renseignements portés sur ce document. Je déclare être informé(e) que toute réticence ou déclaration fausse ou inexacte peut entraîner la nullité de mon adhésion, conformément aux articles L.113-8 et L.113-9 du code des assurances ;- Déclare être à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse et le justifie en produisant une attestation délivrée par les caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse concernées ;
- Reconnais être informé(e) que, conformément au code de la consommation, j'ai le droit de m'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui me permet de ne pas être démarché(e) par des professionnels avec lesquels je n'ai pas de contrats en cours (modalités sur www.bloctel.gouv.fr);
- Accepte par avance de fournir tout renseignement et pièce justificatives sur l'origine des fonds destinés au paiement des cotisations dans le cadre des obligations auxquelles est soumis tout assureur en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ;
- Reconnais avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance contenues dans la Notice d'information, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation. J'ai noté que j'ai la possibilité de renoncer au contrat dans les 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l''adhésion au Contrat. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : Sofaxis Santé Prévoyance – Service Contrats Adhésions – CS 80006 – 18020 Bourges cedex. Je donne expressément mon accord pour une prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion au contrat ;
- Donne mon accord pour l'utilisation de la langue française pour toute la durée du contrat. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, le Souscripteur et l'Assuré sont régies par le droit français ; et autorise les services compétents de mon employeur à fournir à Sofaxis les informations nécessaires à la gestion du contrat et à prélever les cotisations dues sur mon salaire ;

☐ En cochant la case ci-contre, j'accepte expressément que Sofaxis collecte, par mon entremise ou celle de mon employeur, les données à caractère personnel, dont les données de santé me concernant et strictement nécessaires aux traitements mis en œuvre dans le cadre de la conclusion, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance « prévoyance complémentaire du personnel territorial CNP Assurances » souscrit par mon employeur ainsi que des services proposés dans le cadre dudit contrat (Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment. Le retrait de votre consentement ne remettra pas en cause la licéité du traitement fondé sur le consentement avant le retrait de celui-ci).

Au sens du Règlement (UE) N°2016/679 du 27/04/2016 dit « RGPD », Sofaxis, courtier gestionnaire, est responsable de traitements de données à caractère personnel (« DCP ») vous concernant. La licéité de ces traitements repose sur l'exécution du contrat de prévoyance complémentaire souscrit par votre employeur et auquel vous adhérez par le présent bulletin, ainsi que sur votre consentement, s'agissant pour partie de traitements portant sur des données de santé. Les traitements mis en œuvre ont pour finalité le suivi des adhésions, la conclusion, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance « prévoyance complémentaire du personnel territorial CNP Assurances » souscrit par votre collectivité employeur et auquel vous avez choisi d'adhérer. Les réponses aux différentes rubriques du bulletin sont obligatoires. A défaut, Sofaxis serait dans l'impossibilité de procéder à votre adhésion au contrat d'assurance ou le temps de traitement pourrait en être retardé. Certaines des données collectées et traitées par Sofaxis lui sont transmises par votre employeur. Vos données et celles, le cas échéant, des bénéficiaires désignés, sont destinées aux services / équipes de Sofaxis en charge de la gestion du contrat d'assurance, à CNP Assurances, à votre employeur, ainsi que, et uniquement pour les données qui les concernent, au Centre de Gestion auquel est rattachée votre collectivité employeur, aux sous-traitants ou prestataires éventuels impliqués dans la mise en œuvre du traitement. Vos données sont conservées pendant la durée du contrat d'assurance souscrit par votre employeur, augmentée à la fois de la durée des prescriptions légales ainsi que des délais de conservation imposés par la règlementation. 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. Sous certaines conditions, vous disposez également du droit à la limitation du traitement, du droit d'opposition ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez exercer ces droits, en justifiant de votre identité, en contactant le Délégué à la Protection des Données (« DPO ») de Sofaxis par courrier électronique ou par courrier postal à : Sofaxis - DPO - CS 80006 - 18020 Bourges Cedex - privacy.sofaxis@relyens.eu. Vous disposez enfin du droit d'introduire une réclamation auprès de la C.N.I.L. à l'adresse suivante : 3, Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07 - Tel : 01.53.73.22.22

Vos données à caractère personnel pourront être transférées à votre assureur, CNP Assurances, pour réaliser les traitements dont il est responsable, et notamment ceux qui concernent l'évaluation des engagements pris à l'égard des assurés et les analyses statistiques de risques.

Les destinataires de ces données personnelles sont les personnels dûment habilités de CNP Assurances.

Vos données seront conservées par CNP Assurances durant toute la vie du contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions règlementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Vous pouvez exercer ces différents droits sur les traitements pour lesquels CNP Assurances est responsable (i) en vous rendant sur www.cnp.fr/particulier/deja-assure, ou (ii) en contactant directement le service Délégué à la Protection des Données par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel (dpo@cnp.fr).

Les réclamations touchant au traitement de vos données à caractère personnel pourront également être adressées au service Délégué à la Protection des Données. 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.

Si vous acceptez de recevoir de propositions de la part des autres filiales du Groupe, veuillez cocher cette case ☐

Adhésion :
Par mail : adhesionprev.sofaxis@relyens.eu Par téléphone : 02 48 48 21 00

Indemnisation :
Par mail : indemnisationsprevoyance.sofaxis@relyens.eu Par téléphone : 02 48 48 20 90

Le .....
Signature de l'agent

Fait à .....
Signature et cachet de la collectivité