

BULLETIN DE DEMANDE D'ADHÉSION INDIVIDUEL

CONTRAT COLLECTIF PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE À ADHÉSION FACULTATIVE

 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 :

L'adhésion est valable, après accord de la Mutuelle, lorsque vous recevez votre confirmation d'adhésion. La date d'effet de l'adhésion au Contrat est le 1er du mois. Elle ne peut être antérieure à la date de réception du présent bulletin par la Mutuelle. 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 OUI NON ou en disponibilité d'office pour raison de santé ?

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.



domain@territoria-mutuelle.fr
ou
TERRITORIA MUTUELLE
54 RUE DE GABIEL
CS 76016
79185 CHAURAY CEDEX

CHOISISSEZ VOS GARANTIES

GARANTIES OBLIGATOIRES RETENUES PAR L'EMPLOYEUR

- GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE : 90% du TIN + CTIN + NBIN + 90% du RI Nets pour les périodes à demi-traitement
- GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE : 90% du TIN + CTIN + NBIN + RIN
- GARANTIE DÉCÈS TOUTES CAUSES & PTIA : 25% SAB

GARANTIES OPTIONNELLES AU CHOIX DE L'AGENT ⁽¹⁾

- COMPLÉMENT DE LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL À HAUTEUR DE 0,24% DE TAUX DE COTISATION : MAINTIEN DU RÉGIME INDEMNITAIRE : 90% du RIN pour les périodes à plein traitement en cas de CLM, CLD et CGM
 - COMPLÉMENT DE LA PERTE DE RETRAITE À HAUTEUR DE 0,50% DE TAUX DE COTISATION (UNIQUEMENT POUR LES AGENTS AFFILIÉS À LA CNRACL): 50% du PMSS par année d'invalidité
 - COMPLÉMENT DÉCÈS TOUTES CAUSES & PTIA À HAUTEUR DE 0,26% DE TAUX DE COTISATION: 75% du SAB
- Clause contractuelle Désignation particulière de bénéficiaire : remplir le document « clause de désignation de bénéficiaire »

(1) cochez la/les case/s correspondante/s
TIN : Traitement Indiciaire Net
NBIN : Nouvelle Bonification Indiciaire Nette
RIN : Régime Indemnitaire Net
SAB : Salaire Annuel Brut

CLM : Congé Longue Maladie
CLD : Congé Longue Durée
CGM : Congé Grave Maladie

MODE DE PAIEMENT

Il s'effectuera automatiquement chaque mois, par précompte sur votre salaire.

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, du document 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.

OUI NON

OUI NON

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

Conditions de résiliation conformes à l'article L. 221-10 du Code de la mutualité :

Résiliation à l'échéance : vous pouvez résilier votre contrat au plus tard le 31 octobre, dans les conditions précisées par la notice d'information. La résiliation prendra effet le 31 décembre suivant.

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/charter-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 gabel - CS 76016 - 79185 CHAURAY CEDEX.

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



TERRITORIA MUTUELLE | Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité | SIREN 483 041 307
Siège social | 54 rue de gabel | CS 76016 | 79185 CHAURAY CEDEX
05 49 33 76 51 | demain@territoria-mutuelle.fr

Substituée par APICIL Mutuelle | Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité | SIREN 302 927 553
Siège social | 51 boulevard Marius Vivier Merle | 69003 LYON

SP25/FCR0049
Page 2/2
02/2025