

I - Contrat CNRACL

- Nombre d'agents affiliés à la **CNRACL** : (moins de 30 agents CNRACL)

OUI / NON*	Décès + Accident du Travail/Maladie Professionnelle (CITIS) + Maladie Ordinaire + Longue Maladie/Maladie de Longue Durée + Maternité AVEC FRANCHISE DE 15 JOURS SUR TOUS LES RISQUES REMBOURSEMENT SUR LA BASE DE 90% DES ELEMENTS SALARIAUX ASSURES	7,29 %
OUI / NON*	Décès + Accident du Travail/Maladie Professionnelle (CITIS) + Maladie Ordinaire + Longue Maladie/Maladie de Longue Durée + Maternité AVEC FRANCHISE DE 30 JOURS SUR TOUS LES RISQUES REMBOURSEMENT SUR LA BASE DE 90% DES ELEMENTS SALARIAUX ASSURES	6,49 %

*Merci de rayer la mention inutile pour nous indiquer votre choix

II - Contrat IRCANTEC

- Nombre d'agents affiliés à l'**IRCANTEC** :

OUI / NON*	Accident du Travail/Maladie Professionnelle + Maladie Ordinaire + Grave Maladie + Maternité AVEC FRANCHISE DE 15 JOURS SUR LA MALADIE ORDINAIRE REMBOURSEMENT SUR LA BASE DE 80% DES ELEMENTS SALARIAUX ASSURES	1,19 %
-------------------	---	---------------

*Merci de rayer la mention inutile pour nous indiquer votre choix

II - Les options aux contrats CNRACL et IRCANTEC

OPTIONS	CNRACL	IRCANTEC
Remboursement des charges patronales	OUI / NON*	OUI / NON*
Si OUI, % du traitement Indiciaire Brut indemnisé : de 10 à 52% pour CNRACL // de 10 à 35% pour IRCANTEC		
Remboursement du SFT, des primes et des indemnités	OUI / NON*	OUI / NON*
Si oui, % du traitement Indiciaire Brut indemnisé :		

*Merci de rayer la mention inutile pour nous indiquer votre choix

Raison Sociale

Adresse

CP Ville

Tél.....

Mail du gestionnaire du contrat pour la collectivité :

N° SIRET (donnée obligatoire)

Après avoir pris connaissance des principaux éléments du contrat de référence proposé par le Centre de Gestion, en application de l'article 26 de la Loi du 26 janvier 1984 modifiée, demande à adhérer au contrat groupe du Centre de Gestion.

L'ASSURANCE PRENDRA EFFET LE PREMIER JOUR DU MOIS SUIVANT LA RECEPTION DE L'ENSEMBLE DES DOCUMENTS D'ADHESION.

Fait à le

Le Maire ou le Président :

Cachet de la collectivité
ou de l'établissement public

Déclaration de vos bases de l'assurance de l'année N -1

Agents CNRACL (si vous souscrivez au contrat CNRACL)	
Montant TBI annuel	
Montant NBI annuel	
Agents IRCANTEC (si vous souscrivez au contrat IRCANTEC)	
Montant TBI annuel	
Montant NBI annuel	