



**Assurons  
un monde  
plus ouvert**



DEPARTEMENT COLLECTIVITES LOCALES, ENTREPRISES ET COURTAGES  
SERVICE DEVELOPPEMENT COLLECTIVITES LOCALES

# BULLETIN D'ADHÉSION INDIVIDUELLE

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE COLLECTIVITÉ

Raison sociale : Siret :

Adresse :

CP : Ville :

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS VOUS CONCERNANT

Madame  Monsieur

Nom d'usage .....

Date de naissance : .../.../.....

Situation Familiale.....

Téléphone mobile\* .....

Email\* ..... @ .....

\* Canal utilisé pour vous informer du règlement des indemnisations et pour accuser réception de votre adhésion

Adresse .....

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

## RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS VOUS CONCERNANT

N° matricule ..... Date d'embauche dans la collectivité .....

Type agent :  Agent droit public  Agent droit privé

Type de fonction publique :  Territoriale

Caisse de retraite  CNRACL  IRCANTEC  Autres

Statut  Titulaire  Stagiaire  Contractuel

Catégorie hiérarchique  C  B  A

Situation au moment de l'affiliation :

En activité  En reprise d'activité, ex : congé parental ou disponibilité convenance personnelle

Arrêt de travail pour raisons de santé  Temps partiel thérapeutique

Modalité horaire :

Temps complet  Temps partiel  Temps non complet  Temps non complet -150h/trimestre

Assuré chez un autre assureur en Individuel pour les garanties :

Incapacité  Invalidité  Perte de retraite  Décès PTIA  Autres : Précisez.....

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.

### 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

\*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)

Assiettes de cotisations	TBI + NBI *	TBI + NBI + RI *	TBI + NBI + RI *	TBI + NBI + RI *
Niveaux d'indemnités	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)
<b>Garantie de base : Incapacité temporaire + Invalidité permanente totale</b>	<b>2.24 %</b> <input type="checkbox"/>	<b>2.24 %</b> <input type="checkbox"/>	<b>2.65 %</b> <input type="checkbox"/>	<b>2.94 %</b> <input type="checkbox"/>
<b>Options</b>				
<b>Perte de retraite</b> consécutive à une invalidité permanente	<b>0.66 %</b> <input type="checkbox"/>	<b>0.66 %</b> <input type="checkbox"/>	<b>0.66 %</b> <input type="checkbox"/>	<b>0.66 %</b> <input type="checkbox"/>
<b>Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie</b> (Indemnisation : 100 % du traitement net annuel)	<b>0.39 %</b> <input type="checkbox"/>	<b>0.39 %</b> <input type="checkbox"/>	<b>0.39 %</b> <input type="checkbox"/>	<b>0.39 %</b> <input type="checkbox"/>
<b>Rente éducation</b> (ne peut être souscrite sans l'option Décès) (Indemnisation : 10% du traitement net annuel)	<b>0.29 %</b> <input type="checkbox"/>	<b>0.29 %</b> <input type="checkbox"/>	<b>0.29 %</b> <input type="checkbox"/>	<b>0.29 %</b> <input type="checkbox"/>

### 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 :

CNP Assurances, en sa qualité d'assureur, et Relyens SPS, gestionnaire, sont chacun responsables sur leur périmètre respectif, au sens du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) N°2016/679 du 27 avril 2016, ci-après « RGPD »), de traitements de données à caractère personnel vous concernant.

Les différents traitements mis en œuvre par Relyens SPS et/ou l'assureur ont pour finalités : la gestion des contrats de prévoyance complémentaire et des appels de cotisations, l'exécution des garanties des contrats (gestion des prestations de prévoyance complémentaire), la gestion des réclamations clients, l'exercice des recours et la gestion des contentieux, l'évaluation par l'assureur des engagements pris à l'égard des assurés, l'élaboration des statistiques et études actuarielles, la recherche et le développement (amélioration des produits, enquêtes de satisfaction), l'exécution des obligations légales auxquelles sont soumis CNP Assurances et Relyens SPS (type LCB-FT, loi Eckert...), la gestion du dispositif de lutte contre la fraude de l'assureur, la gestion des services annexes au contrat d'assurance le cas échéant (type contrôle médical).

La licéité (base légale) des traitements mis en œuvre repose sur : l'exécution du contrat d'assurance "prévoyance complémentaire du personnel territorial CNP Assurances" souscrit par votre employeur et auquel vous avez choisi d'adhérer, ainsi que, s'agissant du traitement de vos données de santé, sur les exceptions prévues à l'article 9 §2 b) du RGPD (gestion de services de protection sociale) ; le respect d'obligations légales incombant à CNP Assurances et Relyens SPS (ex : traitements mis en œuvre dans le cadre de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme), l'intérêt légitime, s'agissant notamment de la mise en œuvre du dispositif de lutte contre la fraude de l'assureur et des traitements réalisés dans le cadre de la recherche et du développement.

Vos réponses à l'ensemble des rubriques sont obligatoires ; à défaut Relyens SPS serait dans l'impossibilité de procéder à votre adhésion au contrat d'assurance ou le temps de traitement pourrait être retardé. Certaines des données collectées et traitées par Relyens SPS lui sont transmises par votre employeur.

Vos données ainsi que, le cas échéant, celles des bénéficiaires désignés, sont destinées aux collaborateurs habilités de Relyens SPS (en charge de la gestion des contrats de prévoyance et des services annexes), aux personnels habilités de 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 et prestataires éventuels impliqués dans la mise en œuvre du traitement, et aux autres tiers habilités.

Vos données seront conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat de prévoyance complémentaire souscrit par votre employeur (ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL ou la réglementation en fonction des traitements), cette durée étant augmentée de la durée des prescriptions légales et, le cas échéant, des durées de conservation applicables aux dossiers sinistres.

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. Par ailleurs et sous certaines conditions, vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement, à la portabilité de vos données, ainsi que du droit de vous opposer audit traitement. Vous pouvez exercer ces différents droits :

- pour les traitements dont Relyens SPS est responsable, en contactant son Délégué à la protection des données par courrier postal (Relyens SPS – DPO – CS 80006 – 18020 Bourges Cedex) ou par courrier électronique (privacy.sps@relyens.eu).

- pour les traitements dont CNP Assurances est responsable, en vous rendant sur [www.cnp.fr/particulier/deja-assure](http://www.cnp.fr/particulier/deja-assure), ou en contactant directement le service Délégué à la Protection des Données par courrier postal (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 promenade Coeur de Ville, 92130 Issy-Les-Moulineaux) ou par courrier électronique (cil@cnp.fr).

En fonction de la nature de votre demande, un justificatif d'identité pourra vous être demandé. 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.

Je certifie complets et exacts les renseignements portés sur ce document. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré l'expose aux sanctions prévues par les articles L.113-8 et L.113-9 du code des Assurances.

J'autorise les services compétents de mon employeur à fournir à Relyens SPS les informations nécessaires à la gestion du contrat et à prélever les cotisations dues sur mon salaire.

J'adhère au contrat collectif « LA PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE DU PERSONNEL DE LA FONCTION PUBLIQUE » souscrit par mon employeur auprès de CNP Assurances.

Je déclare avoir pris connaissance et reçu un exemplaire de la notice d'information.

Le participant peut renoncer à son adhésion au contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où le preneur est informé que le contrat est conclu. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : Relyens SPS Santé Prévoyance, Service Contrats Adhésions - CS 80006 - 18020 Bourges Cedex. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre de renonciation ci-après : « Je soussigné(e) ..... demeurant à ..... déclare renoncer à mon adhésion dont la date d'effet est fixée à ...../...../..... et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de 30 jours

Signature de l'adhérent

Fait à .....

Le .....

**Adhésion :** Retourner ce formulaire rempli et signé à [adhesions.prevoyance@relyens.eu](mailto:adhesions.prevoyance@relyens.eu)



Pensez à conserver une copie  
 Par téléphone : 02 48 48 20 90

