Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales

BULLETIN D'ADHÉSION EMPLOYEUR

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DU PERSONNEL TERRITORIAL

1 EMPLOYEUR

N°Siret _____ Raison Sociale _____

Adresse : n° _____ Voie _____

Code postal _____ Ville _____

INTERLOCUTEUR AU SEIN DE LA COLLECTIVITÉ

Nom _____ Prénom _____ Fonction _____

Téléphone _____ E-mail _____

2 ADHÉSION

Suite à la délibération du ___/___/_____ ayant donné mandat au Centre de Gestion de la fonction publique territoriale des Alpes-Maritimes, en vue de mener une consultation pour souscrire une convention de participation en Santé Complémentaire, je soussigné(e), _____, en qualité de _____ adhère à la convention de participation et au contrat collectif d'assurance conclus par le Centre de Gestion de la fonction publique territoriale des Alpes-Maritimes avec le groupement MNFCT et AlterNative Courtage.

Date d'effet de l'adhésion : __ __ __ __ __ __

3 GESTION DES COTISATIONS (cocher le mode de fonctionnement choisi pour l'ensemble de mes agents)

☐ **Je choisis d'effectuer le paiement des cotisations par précompte sur salaire**

Je m'engage à prélever les cotisations dues sur les salaires des agents et à acquitter les cotisations à réception des appels de cotisations.

☐ **Je choisis de ne pas effectuer le précompte sur salaire**

Je m'engage à verser la participation à chaque agent adhérent et l'organisme assureur prélèvera directement la cotisation sur le compte de l'agent.

4 SIGNATURE

Je reconnais avoir pris connaissance de la convention de participation en Santé Complémentaire, et des pièces contractuelles afférentes.

Je m'engage à permettre à AlterNative Courtage et MNFCT de promouvoir le dispositif auprès de mes agents.

Je m'engage à fournir à AlterNative Courtage et la MNFCT les informations nécessaires à la gestion de ladite convention de participation.

Je certifie complets et exacts les renseignements portés sur cette déclaration.

Fait à _____ **, le** ___/___/_____ **, en deux exemplaires**

Pour l'Employeur

Merci d'adresser un exemplaire de ce bulletin d'adhésion à

AlterNative Courtage
5 rue du Général Ferrié
18000 BOURGES

POUR NOUS CONTACTER

par mail : contact@alternative-courtage.fr (réponse sous 24h ouvrées)
par téléphone : 09.72.50.43.19 de 9h à 12h et de 14h à 17h, du Lundi au Vendredi

LES INFORMATIONS DU PRÉSENT BULLETIN D'ADHÉSION SONT INDISPENSABLES À LA PRISE EN COMPTE DE VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION PAR ALTERNATIVE COURTAGE, RESPONSABLE D'UN TRAITEMENT AYANT POUR FINALITÉ LA GESTION DE VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION ET DE VOTRE DOSSIER. EN APPLICATION DE LA LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS DU 6 JANVIER 1978, VOUS DISPOSEZ, AINSI QUE LES PERSONNES QUE VOUS SOUHAITEZ FAIRE ADHÉRER, D'UN DROIT D'INTERROGATION, D'ACCÈS, DE RECTIFICATION ET D'OPPOSITION POUR MOTIFS LÉGITIMES RELATIFS À L'ENSEMBLE DES DONNÉES VOUS CONCERNANT. CES DROITS S'EXERCENT AUPRÈS D'ALTERNATIVE COURTAGE PAR COURRIER POSTAL À L'ADRESSE CI-DESSOUS.

AlterNative Courtage 5 rue du Général Ferrié 18000 BOURGES - Organisme immatriculé au répertoire Sirène sous le n° de SIREN 809 462 807

BAE Santé CDG 06 V1.4 - 20211104