

COLLECTIVITÉ

N° SIRET : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tel:
Raison sociale :
Adresse : Ville : CP :

AGENT

Madame Monsieur Nom :
Nom de naissance : Prénoms :
N° Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Date de naissance : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Adresse : N° Rue
Code Postal : Ville :
Mail : @

CHANGEMENT D'OPTION(S) / DE GARANTIE(S)

Pour toute demande de changement d'option, merci d'accompagner impérativement ce document d'un **nouveau bulletin d'adhésion**. Le changement d'option(s)/garantie(s) est effectif au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve du respect d'un **préavis de 2 mois**. Pour rappel, le bénéficiaire de prestations (en arrêt de travail ou invalide) ne peut pas apporter de modification à sa couverture prévoyance en cours.

RADIATION / MUTATION

Radiation (départ de la collectivité avec ou sans sortie des effectifs ou résiliation simple) à effet du | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Motif :
 Mutation dans une autre collectivité **couverte par le même contrat** :
 ➔ à effet du | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 ➔ nom de la nouvelle collectivité d'affectation : CP :
L'agent accepte ainsi les conditions contractuelles de sa nouvelle collectivité de rattachement.
 Départ de la collectivité mais opte pour le maintien de la couverture à titre individuel
à effet du | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | / Nous attirons votre attention sur le fait que la cotisation sera fortement majorée.

CHANGEMENT DE STATUT

Merci de cocher la nouvelle situation de l'agent à effet du | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 Titulaire ou stagiaire (affilié CNRACL) Titulaire ou stagiaire (affilié à l'IRCANTEC)
 Contractuel de droit public Salarié de droit privé, à préciser (assistant familial, apprenti) :
.....

MENTIONS OBLIGATOIRES

Les informations collectées par COLLECTeam font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion et l'exécution de votre contrat, à l'identification des irrégularités et à la vérification de la conformité légale et réglementaire en la matière. Ces informations sont à destination exclusive des services habilités de COLLECTeam, ses éventuels prestataires et sous-traitants, les organismes assureurs et, le cas échéant, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires. Elles seront conservées pendant une durée en adéquation avec leur finalité (cf www.collecteam.fr). Conformément au règlement (UE) 2016/679 vous disposez du droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement, droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier à COLLECTeam ou par mail à dpo@collecteam.fr avec une pièce d'identité. Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Fait à Le	Signature	Cachet de la collectivité
COLLECTeam Service adhésion FPT 13 rue Croquechâtaigne - BP 30064 45380 LA CHAPELLE-SAINT-MESMIN	Société de courtage en assurance de personnes SA au capital de 7 005 000 € N° ORIAS 07 005 898 - www.orias.fr Activité soumise au contrôle de l'ACPR	RCS Orléans 422 092 817 ☎ : 02 36 56 00 02 Email : adhésion-fpt@collecteam.fr Service réclamation : reclamation@collecteam.fr