



## BULLETIN ADHESION COLLECTIVITE PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE

Le présent document est à retourner dûment complété et signé à :  
GRAS SAVOYE – Intériale – TSA 91005 – 69303 LYON CEDEX 07 (ou à [celluleadv@grassavoie.com](mailto:celluleadv@grassavoie.com))

DATE D'EFFET DE L'ADHESION : 01 | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

### COLLECTIVITE ou ETABLISSEMENT

Raison Sociale \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Siret \_\_\_\_\_

Montant de la participation : \_\_\_\_\_

Effectif total de votre structure \* : \_\_\_\_\_

\* Donnée à fournir obligatoirement par l'employeur pour l'envoi des kits d'adhésions agents

### REFERENT AU SEIN DE LA STRUCTURE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

### GARANTIES RETENUES (au choix de l'agent)

Chaque agent opte pour la formule de garanties de son choix :

- Offre de base : Incapacité temporaire de travail
- Formule 1 : Incapacité temporaire de travail + Invalidité
- Formule 2 : Incapacité temporaire de travail + Invalidité + Perte de retraite

### ASSIETTE DE COTISATIONS (au choix de l'agent)

Traitement Indiciaire Brut  
+ Nouvelle Bonification Indiciaire

OU

Traitement Indiciaire Brut  
+ Nouvelle Bonification Indiciaire  
+ Régime Indemnitaire (primes)

**La collectivité (ou établissement) joint impérativement au présent bulletin, la liste des primes prises en charge au titre du RI.** Cette liste sera identique pour l'ensemble des assurés qui ont souhaité couvrir ces primes.

L'assiette de cotisations retenue par l'agent s'applique à l'ensemble des garanties souscrites.

*Les prestations versées sont calculées à partir du traitement net*

### PAIEMENT DES COTISATIONS

Toutes les collectivités adhérentes précomptent les cotisations sur le salaire de leurs agents.

CACHET DE LA COLLECTIVITE

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature