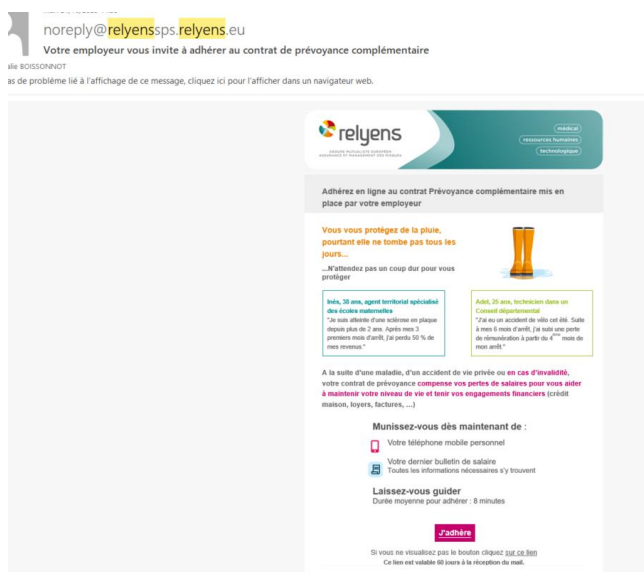


❶ Comment adhérer ? : deux modalités différentes :

Première modalité : Vous avez reçu un mail d'invitation pour adhérer dans votre messagerie

Ce mail se présente ainsi :



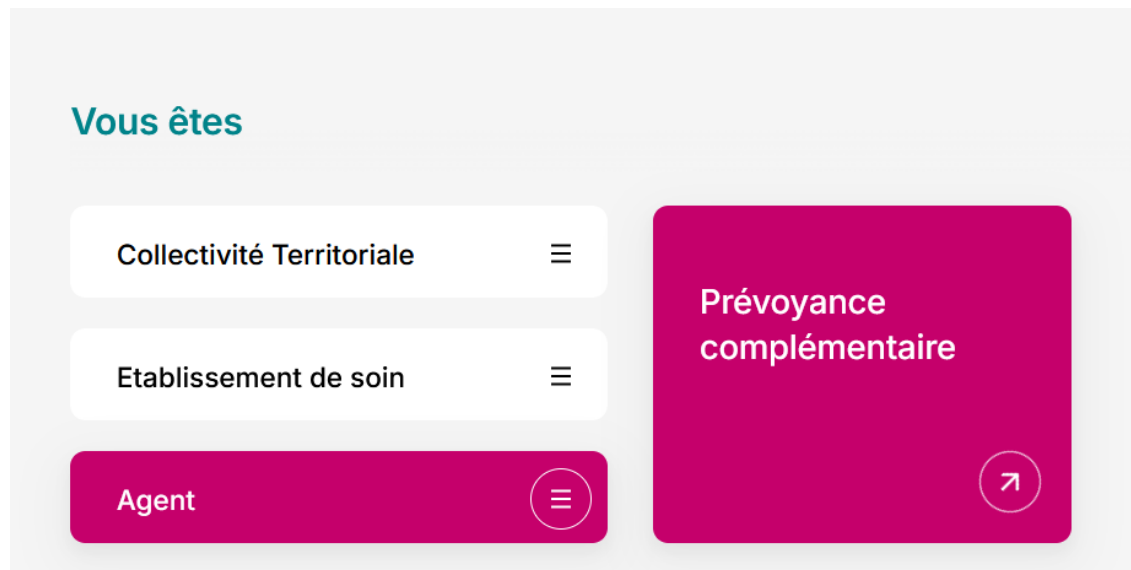
Pour adhérer cliquez sur «J'adhère » et suivre le parcours d'adhésion ➡ ❷

Seconde modalité : votre employeur vous a remis le code d'adhésion de la collectivité.

Vous vous connectez sur le site de RELYENS : www.relyens.eu



Cliquez sur «ESPACE CLIENT »



Cliquez sur « Agent » et sélectionnez « prévoyance complémentaire »



Votre espace assuré prévoyance

E-mail

Mot de passe

visibility

Mot de passe oublié ?



Je suis humain

Friendly Captcha

Connexion 

[Adhérer à un contrat prévoyance](#)

Cliquez sur « Adhérer à un contrat prévoyance »



Adhérez à un contrat prévoyance

Indiquer votre code d'accès

Ce code vous a été envoyé par votre employeur dans le mail d'invitation à la prévoyance.



Je suis humain

Friendly Captcha

Envoyer

[arrow_back](#) Retour

**Saisissez le code collectivité
qui vous a été remis par votre
employeur**

Et cochez « je suis humain »

Et cliquez sur « envoyer »

Si vous rencontrez des difficultés pour effectuer votre adhésion,
Contactez les services de RELYENS aux numéros suivants :

02.48.48.21.00

02.48.48.20.90

Merci de vous munir de votre dernier bulletin de salaire lors de l'appel.

② Je commence mon adhésion :

4

👉 Se munir de son téléphone portable et de son dernier bulletin de salaire.

Adhérez en ligneau contrat Prévoyance complémentaire mis en place par votre employeur

Arrêt de travail, perte d'autonomie temporaire ou permanente (maladie, chute, accident), décès, ... il est essentiel d'assurer les événements de la vie qui peuvent tout changer. **Adhérez pour prévenir et réduire les conséquences financières immédiates ou à long terme, pour vous ou vos proches.**

Ensemble, assurons votre sécurité financière, avec la solution qui vous convient le mieux.

En cas de besoin, votre service Ressources Humaines est à votre disposition.

Pourquoi adhérer à ce contrat ?

Munissez-vous dès maintenant de :

-  Votre téléphone mobile personnel
-  Votre dernier bulletin de salaire
Toutes les informations nécessaires s'y trouvent

Laissez-vous guider
Durée moyenne pour adhérer : 8 minutes

- 1 Sélectionnez vos garanties
- 2 Complétez vos informations
- 3 Signez vos documents en ligne
- 4 Téléchargez votre bulletin d'adhésion

Je souhaite adhérer →

1- Cliquez «Je souhaite adhérer »

Adhérer au contrat Prévoyance

Mes garanties

Mes informations personnelles

Mes informations professionnelles

Récapitulatif

Conditions générales

Signature électronique

Mes garanties

Garanties obligatoires

Elles vous assurent la protection financière de l'essentiel

Incapacité temporaire totale Maintien de salaire en cas d'arrêt de travail ✓ Inclus	Invalidité permanente totale Versement d'une rente en cas d'invalidité permanente totale pour inaptitude à exercer une quelconque activité professionnelle ✓ Inclus
--	--

Garanties optionnelles

Elles vous assurent la protection financière des conséquences lourdes et durables

☐ **Perte de retraite**
Versement, à l'âge de départ à la retraite, d'un complément (rente ou capital) compensant l'absence de cotisation pendant la période d'invalidité permanente.

2-Vous devrez renseigner l'assiette de cotisation, c'est-à-dire la rémunération sera laquelle sera appliquée la cotisation :

5

Renseignez la zone suivante :

Ma rémunération

Celle-ci permet d'estimer votre cotisation selon les garanties choisies.

Ma rémunération mensuelle globale brute en euros (facultatif)

€

Nécessaire pour obtenir une estimation de votre cotisation. Si besoin, consultez la notice d'information pour vous aider à définir les éléments de votre traitement à déclarer.

[Obtenir ma simulation →](#)

Les éléments que vous devez prendre en compte sur votre bulletin de salaire pour l'assiette de cotisation sont les suivants :

Additionnez :

- Le traitement de base
- La NBI (la nouvelle bonification indiciaire) si vous la percevez
- Le CTI (le complément de traitement indiciaire) si vous travaillez dans un EHPAD, un établissement médico-social
- Prime grand âge (prime mensuelle versée aux auxiliaires de soins et aide – soignants)
- L'indemnité compensatrice de la hausse de la CST
- Le régime indemnitaire : L'IFSE (uniquement, ne pas prendre le CIA), la prime de service

Concernant le régime indemnitaire : **ne pas intégrer dans votre calcul :**

- Les heures complémentaires, les heures supplémentaires
- Les indemnités liées au remboursement de frais
- Les avantages en nature
- La prise en charge partielle des prix du titre d'abonnement
- Les primes liées à l'organisation du travail (astreinte, permanence...)
- Les indemnités travail dimanches et jours fériés, indemnité de nuit
- Le CIA

Et déduire le montant du transfert primes / points

Un écran s'affiche avec 8 formules

(Les formules ci-dessous ont été calculées après avoir renseigné un traitement de 1800 euros pour vous donner un exemple)

Attention : le montant de la cotisation ne prend pas en compte la participation financière versée par votre employeur. Vous devez donc déduire au montant de la cotisation, le montant de la participation employeur pour connaître votre reste à charge.

Les simulations correspondant à votre sélection de garanties

Formule n°1

Votre cotisation

45,00 € / mois

soit **2,500 %**

Sur la base de votre rémunération mensuelle brute hors participation de votre employeur

Garanties obligatoires

Incapacité temporaire totale

Niveau d'indemnisation ? 90%
Base de remboursement ? TB+NBI+RI

Invalidité permanente partielle ou totale

Niveau d'indemnisation ? 90%
Base de remboursement ? TB+NBI+RI

Choisir cette proposition →

Formule n°2

Votre cotisation

50,58 € / mois

soit **2,810 %**

Sur la base de votre rémunération mensuelle brute hors participation de votre employeur

Garanties obligatoires

Incapacité temporaire totale

90 % RI au 1er jour en LM LD MG
Niveau d'indemnisation ? 90%
Base de remboursement ? TB+NBI+RI

Invalidité permanente partielle ou totale

Niveau d'indemnisation ? 90%
Base de remboursement ? TB+NBI+RI

Choisir cette proposition →

Formule n° 1 : 2.50% correspond aux garanties minimales : Incapacité et invalidité

Formule n°2 : 2.81% (2.50% + l'option garantie Maintien du régime indemnitaire à 90% pendant la période de plein traitement en congé de longue maladie, de grave maladie et de longue durée : 0.31%)

Formule n°3

Votre cotisation

50,22 € / mois

soit **2,790 %**

Sur la base de votre rémunération mensuelle brute hors participation de votre employeur

Garanties obligatoires

Incapacité temporaire totale

Niveau d'indemnisation ?	90%
Base de remboursement ?	TB+NBI+RI

Incapacité permanente partielle ou totale

Niveau d'indemnisation ?	90%
Base de remboursement ?	TB+NBI+RI

Garanties non obligatoires

Décès/PTIA toutes causes

100 % revenu annuel brut	
Niveau d'indemnisation ?	100%
Base de remboursement ?	TB+NBI+RI

Choisir cette proposition →

Formule n°4

Votre cotisation

55,80 € / mois

soit **3,100 %**

Sur la base de votre rémunération mensuelle brute hors participation de votre employeur

Garanties obligatoires

~~**Incapacité temporaire totale**~~

90 % RI au 1er jour en LM LD MG

Niveau d'indemnisation ?	90%
Base de remboursement ?	TB+NBI+RI

Incapacité permanente partielle ou totale

Niveau d'indemnisation ?	90%
Base de remboursement ?	TB+NBI+RI

Garanties non obligatoires

Décès/PTIA toutes causes

100 % revenu annuel brut	
Niveau d'indemnisation ?	100%
Base de remboursement ?	TB+NBI+RI

Choisir cette proposition →

Formule n° 3 : 2.79 % (2.50% correspond aux garanties minimales : Incapacité et invalidité + l'option Capital décès et PTIA (capital représentant une année du traitement brut versé aux bénéficiaires à **0.29%**)

Formule n°4 : 3.10% (les garanties minimales + deux options 0.31 % et 0.29 %) :

- l'option Capital décès et PTIA (capital représentant une année du traitement brut versé aux bénéficiaires à **0.29%**)

- + l'option garantie Maintien du régime indemnitaire à 90% pendant la période de plein traitement en congé de longue maladie, de grave maladie et de longue durée : **0.31%**

Formule n°5

Votre cotisation
60,84 € / mois
soit **3,380 %**

Sur la base de votre rémunération mensuelle brute hors participation de votre employeur

Garanties obligatoires

Incapacité temporaire totale

Niveau d'indemnisation ⓘ	90%
Base de remboursement ⓘ	TB+NBI+RI

Incapacité permanente partielle ou totale

Niveau d'indemnisation ⓘ	90%
Base de remboursement ⓘ	TB+NBI+RI

Garanties non obligatoires

Minoration de retraite / Perte de retraite

Réservé agents CNRACL Capital : 50% PMSS par année d'invalidité

Niveau d'indemnisation ⓘ	50%
Base de remboursement ⓘ	TB+NBI+RI

Choisir cette proposition →

Uniquement pour les agents CNRACL

Formule n°6

Votre cotisation
66,06 € / mois
soit **3,670 %**

Sur la base de votre rémunération mensuelle brute hors participation de votre employeur

Garanties obligatoires

Incapacité temporaire totale

Niveau d'indemnisation ⓘ	90%
Base de remboursement ⓘ	TB+NBI+RI

Incapacité permanente partielle ou totale

Niveau d'indemnisation ⓘ	90%
Base de remboursement ⓘ	TB+NBI+RI

Garanties non obligatoires

Minoration de retraite / Perte de retraite

Réservé agents CNRACL Capital : 50% PMSS par année d'invalidité

Niveau d'indemnisation ⓘ	50%
Base de remboursement ⓘ	TB+NBI+RI

Décès/PTIA toutes causes

100 % revenu annuel brut	
Niveau d'indemnisation ⓘ	100%
Base de remboursement ⓘ	TB+NBI+RI

Choisir cette proposition →

Uniquement pour les agents CNRACL

8

Formule n° 5 : 3.38 % (2.50% correspond aux garanties minimales : Incapacité et invalidité + l'option perte de retraite à 0.88% (*capital versé en une seule fois à l'âge légal de la retraite pour les fonctionnaires CNRACL uniquement qui ont été en retraite pour invalidité avant l'âge légal de la retraite et pour compenser la perte de retraite*))

Formule n° 6 : 3.67 % qui comprend :

Les garanties minimales : Incapacité et invalidité + deux options :

- l'option perte de retraite à 0.88% (*capital versé en une seule fois à l'âge légal de la retraite pour les fonctionnaires CNRACL uniquement qui ont été en retraite pour invalidité avant l'âge légal de la retraite et pour compenser la perte de retraite*)
- l'option Capital décès et PTIA à **0.29%** (capital représentant une année du traitement brut versé aux bénéficiaires)

Formule n°7

Votre cotisation
66,42 € / mois
soit **3,690 %**

Sur la base de votre rémunération mensuelle brute hors participation de votre employeur

Garanties obligatoires

Incapacité temporaire totale
90 % RI au 1er jour en LM LD MG

Niveau d'indemnisation ?	90%
Base de remboursement ?	TB+NBI+RI

Invalidité permanente partielle ou totale

Niveau d'indemnisation ?	90%
Base de remboursement ?	TB+NBI+RI

Garanties non obligatoires

Minoration de retraite / Perte de retraite
Réserve agents CNRACL Capital : 50% PMSS par année d'invalidité

Niveau d'indemnisation ?	50%
Base de remboursement ?	TB+NBI+RI

Choisir cette proposition →

Formule n°8

Votre cotisation
71,64 € / mois
soit **3,980 %**

Sur la base de votre rémunération mensuelle brute hors participation de votre employeur

Garanties obligatoires

Incapacité temporaire totale
90 % RI au 1er jour en LM LD MG

Niveau d'indemnisation ?	90%
Base de remboursement ?	TB+NBI+RI

Invalidité permanente partielle ou totale

Niveau d'indemnisation ?	90%
Base de remboursement ?	TB+NBI+RI

Garanties non obligatoires

Minoration de retraite / Perte de retraite
Réserve agents CNRACL Capital : 50% PMSS par année d'invalidité

Niveau d'indemnisation ?	50%
Base de remboursement ?	TB+NBI+RI

Décès/PTIA toutes causes
100 % revenu annuel brut

Niveau d'indemnisation ?	100%
Base de remboursement ?	TB+NBI+RI

Choisir cette proposition →

Uniquement pour les agents CNRACL

Uniquement pour les agents CNRACL

Formule n° 7 : 3.69 % qui comprend :

Les garanties minimales à **2.50%** : Incapacité et invalidité
 + L'option garantie Maintien du régime indemnitaire à 90% pendant la période de plein traitement en congé de longue maladie, de grave maladie et de longue durée : **0.31%**
 +L'option perte de retraite à **0.88%** (*capital versé en une seule fois à l'âge légal de la retraite pour les fonctionnaires CNRACL uniquement qui ont été en retraite pour invalidité avant l'âge légal de la retraite et pour compenser la perte de retraite*)

Formule n° 8 : 3.98% qui comprend toutes les garanties.

2- Cliquez sur la formule de votre choix : Cliquez sur « choisir cette proposition »

3- Renseignez vos informations personnelles dans l'écran suivant qui s'affiche :

4- Si vous avez retenu l'option « garantie décès et PTIA toutes causes » vous aurez à renseigner les bénéficiaires :

☞ Sélectionnez la clause standard ou désignez les bénéficiaires de votre choix.

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- 1 - au conjoint survivant du membre participant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ;
- 2 - à défaut à la personne liée au membre participant par un pacte civil de solidarité ;
- 3 - à défaut aux enfants du membre participant nés ou à naître ;
- 4 - à défaut aux ascendants du membre participant ;
- 5 - à défaut aux héritiers du membre participant.

Cas spécifique du concubin : Il convient de remplir une désignation particulière afin de désigner le concubin comme bénéficiaire des capitaux.

Mes bénéficiaires

Vous avez choisi la garantie décès, vous devez donc choisir vos bénéficiaires

[Consulter le guide de désignation des bénéficiaires](#)

☐ Conformément à la clause standard prévue au contrat
 ☒ Je souhaite désigner mes bénéficiaires

Pour en savoir plus, se référer à la notice d'information.

Vos bénéficiaires en priorité 1

Ajouter un bénéficiaire +

Ajouter mes enfants nés et à naître par parts égales +

Vos bénéficiaires en priorité 2

Ajouter un bénéficiaire +

Vos bénéficiaires en priorité 1

Ajouter un bénéficiaire +

Ajouter mes enfants nés et à naître par parts égales +

Michel Dupont	Part en %	50%	%
Michel Dupont	Part en %	50%	%

Total de la répartition 100%

Doit être égal à 100%

- Consultez le guide de **désignation des bénéficiaires**.
- Sélectionnez la clause standard ou désignez les bénéficiaires de votre choix.

Si vous désignez les bénéficiaires de votre choix:

- Ajoutez le(s) bénéficiaire(s) par ordre de priorité.
- Complétez l'ensemble des données personnelles de chaque bénéficiaire (*nom de naissance, nom d'usage, prénom, date de naissance, ainsi que le pays, le code postal et la ville de naissance, adresse postale actuelle du bénéficiaire*).

Puis renseignez la répartition en % pour chacun de vos bénéficiaires, dans chaque priorité.

Doc à nos clients

Cliquez sur « suivant »

6 –Renseigner vos informations professionnelles

Ces informations se trouvent sur votre bulletin de salaire :

- N° de matricule
- Date d'embauche

Mes informations professionnelles

Numéro de matricule

Matricule de l'agent

Date d'embauche

Date d'embauche

Ma situation

☐ En activité
 ☐ En arrêt de travail pour raisons de santé
 ☐ En invalidité 1^{ère} catégorie

☐ En reprise d'activité
 ☐ En temps partiel thérapeutique

Mon statut

☐ Agent droit privé
 ☐ Agent droit public

Indiquez votre situation

Si vous êtes en arrêt de travail au 1^{er} janvier 2026 :

votre adhésion sera effective à la reprise (si vous aviez précédemment un contrat prévoyance)

ou après 30 jours de reprise (si vous n'étiez pas assuré-e pour la prévoyance avant le 1^{er} janvier).

- Si une invalidité 1^{ère} catégorie vous a été attribuée : indiquez-le.
- Si vous êtes en temps partiel thérapeutique après avis médical : cochez la case correspondante.

Ma situation

☐ En activité
 ☐ En arrêt de travail pour raisons de santé
 ☐ En invalidité 1ère catégorie

☐ En reprise d'activité
 ☐ En temps partiel thérapeutique

Mon statut

☐ Agent droit privé
 ☐ Agent droit public

Etiez-vous précédemment assuré(e) ? (Mutuelle, Institution de Prévoyance, Assureur)

☐ Oui
 ☐ Non

← Retour Suivant →

Indiquez votre statut (privé ou public)

*Pour le choix IRCANTEC ou CNRACL : vérifiez **sur votre bulletin de salaire** à quelle caisse de retraite complémentaire vous cotisez.*

Type de fonction publique

☐ Hospitalière
 ☒ Territoriale
 ☐ d'Etat

Caisse de retraite

☒ CNRACL
 ☐ IRCANTEC

Type de contrat de travail

☐ Contractuel
 ☐ Stagiaire
 ☒ Titulaire

Catégorie hiérarchique

☐ A
 ☐ B
 ☒ C

Modalité horaire

☒ Temps complet
 ☐ Temps non complet
 ☐ Temps partiel

Etiez-vous précédemment assuré(e) ? (Mutuelle, Institution de Prévoyance, Assureur)

☐ Oui
 ☐ Non

Type de fonction publique

☐ Hospitalière
 ☒ Territoriale
 ☐ d'Etat

Caisse de retraite

☐ CNRACL
 ☒ IRCANTEC

Type de contrat de travail

☐ Contractuel
 ☐ Stagiaire
 ☒ Titulaire

Catégorie hiérarchique

☐ A
 ☐ B
 ☒ C

Modalité horaire

☐ +150h/trimestre
 ☐ -150h/trimestre

Etiez-vous précédemment assuré(e) ? (Mutuelle, Institution de Prévoyance, Assureur)


☐ Oui
 ☐ Non

Si avant le 1^{er} janvier 2026, vous étiez déjà assuré-e pour la prévoyance (garantie maintien de salaire) que ce soit en contrat individuel ou soit dans le cadre du contrat collectif de votre collectivité : cochez « oui »

7- Validez le récapitulatif de votre adhésion s'affiche. Bien relire puis cliquez « suivant »

Conditions générales

Notice d'information

[Télécharger](#) 


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

Je certifie complets et exacts les renseignements fournis dans le cadre de mon adhésion. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré l'expose aux sanctions prévues par les articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la Mutualité.

☐ J'autorise les services compétents de mon employeur à fournir à Sofaxis 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 La MNT.

Conditions Générales d'Utilisation

[Consulter](#) 

☐ Je déclare avoir pris connaissance des Conditions Générales d'Utilisation des services en ligne et les accepte.

Informations relatives au traitement des données personnelles

[Consulter](#) 

☐ Je déclare avoir pris connaissance des modalités de traitement des données me concernant et de mes droits.

- 8 – Il est nécessaire de télécharger la notice d'information. Cliquez sur « télécharger », « consulter »
- Puis cochez la case prise de connaissance des informations

Conditions Générales d'Utilisation

[Consulter](#) 

☒ Je déclare avoir pris connaissance des Conditions Générales d'Utilisation des services en ligne et les accepte.

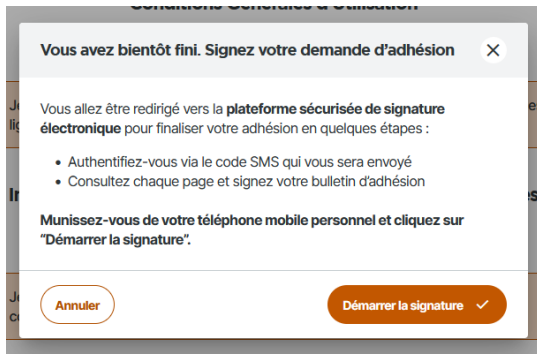
Informations relatives au traitement des données personnelles

[Consulter](#) 

☒ Je déclare avoir pris connaissance des modalités de traitement des données me concernant et de mes droits.

[← Retour](#)
[Signer ma demande d'adhésion →](#)

9- Cliquez sur « signer ma demande d'adhésion »



10- Cliquez sur « Démarrer la signature »



Relyens – adhésion à la prévoyance complémentaire

Relyens

Authentification par SMS

Pour accéder à ce document, vous devez confirmer votre identité à l'aide de votre téléphone portable.

ENVOYER UN SMS

ANNULER

11- Cliquez sur « Envoyez un SMS »

Vous recevez un code par SMS (n° portable que vous avez renseigné).

Relyens – adhésion à la prévoyance complémentaire
Relyens

Authentification par SMS
Un message SMS a été envoyé sur votre téléphone portable.

Saisissez le code reçu par SMS dans le champ ci-dessous puis appuyez sur Confirmer le code.

CONFIRMER LE CODE

ANNULER

Si vous ne recevez pas de SMS, cliquez sur « Annuler », vérifiez le numéro du téléphone portable et essayez de renvoyer le SMS.

12- Saisir le code reçu

Le récapitulatif de l'adhésion s'affiche.

13-Procéder à la signature en cliquant sur « signer »

Signature de l'adhérent

Signer

Fait à : Obligatoire

Le 16 novembre 2025



Félicitations, votre adhésion est finalisée

Nous vous invitons à la télécharger ci-dessous et à la conserver.

Télécharger mon adhésion signée

14- Télécharger votre adhésion

Vous allez recevoir par mail **un lien d'activation de votre espace personnel**. N'oubliez pas de vous connecter pour retrouver vos informations contractuelles

Pour toute modification des garanties : connecter à votre espace Assuré RELYENS

Pour cela, l'agent doit se connecter à son espace assuré, puis sélectionner depuis la page d'accueil l'option « **Changer ma formule de garanties** ». Il sera alors automatiquement redirigé vers l'espace d'adhésion en ligne.

Les informations personnelles et professionnelles saisies lors de son adhésion initiale seront déjà préremplies, ce qui lui permettra de finaliser la modification directement via la **signature électronique**.