Collectivité / établissement employeur :

Je soussigné(e)

NOM : ……………………………………………………………………….. PRENOM : ……………………………………………………

Née le ……………….

reconnais avoir été informé(e) :

* de la mise en place par mon employeur d’un régime de protection sociale complémentaire à adhésion facultative pour le risque Prévoyance, avec indication du montant de la participation de l’employeur,
* des garanties et des taux proposés,
* des modalités pour adhérer au contrat de prévoyance, et notamment du délai de 6 mois pour adhérer,
* de l’application d’un délai de stage de 6 mois \* sur les garanties, si mon adhésion n’intervient pas avant le 30 juin 2026 (pour les agents présents au 1er janvier 2026), ou si celle-ci n’intervient pas dans le délai de 6 mois à compter de la date de mon recrutement dans la collectivité (pour les agents recrutés au cours de la convention)

Je certifie avoir pris connaissance de :

* la possibilité d’adhérer au contrat prévoyance (garantie maintien de salaire),
* des caractéristiques du règlement d’assurance,
* des conséquences en cas de non adhésion ou d’adhésion au-delà des 6 mois aux garanties.

Au vu de ces conditions,

□ Je déclare renoncer au bénéfice des garanties de prévoyance prévues par ce régime à adhésion facultative.

□ Je déclare vouloir adhérer au contrat de prévoyance prévues par ce régime à adhésion facultative et m’engage à réaliser les démarches d’adhésion.

Fait à ………………………………..

Le ……………………………………..

Signature,

*\*Délai de stage de 6 mois : Toute incapacité de travail ouvrant droit à un congé de maladie ou à un temps partiel pour raison thérapeutique qui survient au cours de ce délai de six mois ainsi que toute invalidité faisant suite à cette incapacité ou survenant au cours de ce délai n’ouvrent pas droit au versement des prestations prévues aux garanties incapacité temporaire de travail, invalidité et Perte de retraite du présent contrat.*