**Déclaration d’intention**

**Conventions de participation Santé et Prévoyance CDG 76**

**Collectivité ou Etablissement public :**

**N° SIRET** :       N° INSEE

Adresse :

Interlocuteur dédié au dossier « Protection sociale complémentaire » au sein de votre collectivité :

Nom Prénom       Fonction

Tél :       Email :

**Nombre d’agents dans la collectivité :**

1. **SANTÉ**

**[ ]  Souhaite adhérer** à la convention de participation mise en place au 01/01/2023 par le CDG 76 pour le risque **Complémentaire Santé**

**[ ]** Souhaite mettre en place une **participation financière pour le risque santé**, d’un montant de       par agent et par mois à compter du      .

1. **PRÉVOYANCE**

**[ ]** Souhaite mettre en place une **participation financière pour le risque prévoyance**, d’un montant de       par agent et par mois à compter du      .

**[ ]  Souhaite adhérer** à la convention de participation mise en place au 01/01/2023 par le CDG 76 pour le risque **Prévoyance et opte pour :**

**[ ]** La formule 1 : Indemnités journalières en cas d’incapacité de travail

**[ ]** La formule 2 : Indemnités journalières en cas d’incapacité de travail + Invalidité + Décès-PTIA

Cette déclaration d’intention sera confirmée par délibération(s) en réunion du conseil municipal / syndical / communautaire qui se tiendra le      .

Fait à      , le

Le (la) Maire ou le (la) Président(e)

*Retournez ce document rempli à* *dimitri.frere@mnt.fr* *et* *arnaud.anjard@mnt.fr*