**Déclaration d’intention**

**Conventions de participation Santé et Prévoyance CdG 14**

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 par le CdG 14 pour le risque **Complémentaire Santé** au :

**[ ]** 01/01/2023

**[ ]** autre date (préciser) :

**[ ]** 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 adhérer à la convention de participation mise en place par le CdG 14 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

**avec une date d’effet au :**

**[ ]** 01/01/2023

**[ ]** autre date (préciser) :

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

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)