**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** à compter du

Souhaite mettre en place une **participation financière pour le risque santé**, d’un montant de      € par agent et par mois.

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 2 : Indemnités journalières en cas d’incapacité de travail + Invalidité + Décès-PTIA

**avec une date d’effet à compter du**

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

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)