**Déclaration d’intention D’adhésion**

Au contrat collectif portant sur le risque prévoyance mis en œuvre par la coopération régionale des centres de gestion des Pays de la Loire.

Collectivité ou établissement public :

SIRET :

Adresse :

Nombre d’agents :

[ ]  **a pris connaissance des modalités d’adhésion et de financement du contrat de Prévoyance déterminées par l’accord collectif régional du 9 juillet 2024 et des garanties et tarifs proposés par COLLECTEAM / ALLIANZ,**

[ ]  **souhaite adhérer définitivement au contrat collectif de prévoyance.**

**Garantie de couverture envisagée :** [ ]  **90 %** [ ]  **95 %** [ ]  **décision en cours**

 Fait à …………………………………….., le ……………………………

Le(la) Maire ou le(la) Président(e)

Cette déclaration d’adhésion sera transmise à COLLECTEAM / ALLIANZ qui prendra directement contact avec l’interlocuteur dédié en charge du dossier Prévoyance au sein de votre collectivité :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Tél :

Email :

**Date de votre CST (si vous avez votre propre CST) :**

**Date de votre délibération (avant le 30 novembre) :**

Document à retourner complété et signé à  **intentionsprevoyance@cdg72.fr**

**Au plus tard le 30 septembre 2024**

**Votre interlocuteur au CDG : Hélène Sainquain-Rigollé, directrice**