



## Formulaire d'adhésion

### Contrat Groupe Assurance Statutaire 2026/2029

Couverture des risques afférents aux agents affiliés à la **CNRACL**

Collectivité d'un **effectif supérieur à 30 agents affiliés à la CNRACL**

A retourner au CDG31 : [assurance@cdg31.fr](mailto:assurance@cdg31.fr)

➔ Joindre la délibération de l'assemblée délibérante relative à l'adhésion au contrat-groupe 2026/2029

*Toutes les rubriques doivent être renseignées.*

Dénomination	
Adresse postale	
N° SIRET	
CODE NAF	

Nom du correspondant	
Téléphone	
Mèl	

Date <u>souhaitée</u> d'effet de l'adhésion *	
---	--

*\*L'adhésion prendra effet au 1<sup>er</sup> janvier 2026 pour toute adhésion confirmée avant le 31 mars 2026.  
A défaut, l'adhésion prendra effet le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception par le CDG31 du présent formulaire dûment renseigné et signé.*

## I. CNRACL - Conditions de couverture

Merci de renseigner votre choix ainsi que les garanties et taux applicables.

<input type="checkbox"/> Choix 1 : indemnisation des Indemnités Journalières à 100%	<input type="checkbox"/> Choix 2 : indemnisation des Indemnités Journalières à 90 %	
Garanties	Garanties au 01/01/2026 <sup>1</sup>	Taux applicables <sup>2</sup>
Décès	<input type="checkbox"/>	%
Accident et maladie imputables au service	<input type="checkbox"/>	%
Accident et maladie non imputables au service sauf maladie ordinaire et maternité/adoption et paternité/accueil de l'enfant	<input type="checkbox"/>	%
Maternité/Adoption Paternité/Accueil de l'enfant	<input type="checkbox"/>	%
Maladie ordinaire avec une franchise de 10 jours fermes par arrêt	<input type="checkbox"/>	%
Maladie ordinaire avec une franchise de 20 jours fermes par arrêt	<input type="checkbox"/>	%
Maladie ordinaire avec une franchise de 30 jours fermes par arrêt	<input type="checkbox"/>	%
Taux global retenu (somme des taux)		%

1 Cocher les cases correspondantes

2 Indiquer les taux applicables

## II. CNRACL - Bases d'assurance

Bases d'assurance	Éléments retenus <sup>1</sup>	Masse salariale annuelle en € au 31 décembre 2024
Traitement indiciaire brut (TIB)	<input checked="" type="checkbox"/>	€
Nouvelle bonification indiciaire	<input type="checkbox"/>	€
Supplément familial	<input type="checkbox"/>	€
Primes et gratifications mensuelles	<input type="checkbox"/>	€
Complément de traitement indiciaire	<input type="checkbox"/>	€
Charges patronales proportion de couverture retenue (entre 10% et 60%) : % <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	

1 Cocher les cases pour les bases choisies en sus du TIB

2 Indiquer la proportion de couverture retenue pour les charges patronales

## III. Renseignements complémentaires

Effectif Hommes		Effectif Femmes	
-----------------	--	-----------------	--

Fait à

Le

Signature et cachet de l'autorité territoriale