



FORMULAIRE 2020 - SITE DE MONTPELLIER DEMANDE DE PARTICIPATION A LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE

Site de Montpellier

Direction de la Qualité de Vie au Travail
et de la Formation

Retrouvez ce formulaire sur l'Intranet>Espace RH> Action sociale du personnel>Prestations d'action sociale et formulaires de demande

Ce formulaire est à destination des agents relevant du site de rattachement de Montpellier.

La prestation peut être demandée dans le cadre de la souscription d'un contrat santé et/ou prévoyance labellisé.

Elle est soumise à conditions :

- de ressources, selon le quotient familial fiscal de l'avis d'impôt sur le revenu
- d'ancienneté pour les agents non titulaires

Elle est versée :

- sur présentation de justificatifs fournis annuellement avant la date limite

Le formulaire de demande doit être accompagné, des pièces suivantes :

✚ dans le cadre d'une adhésion à un contrat santé labellisé

- l'avis d'impôt 2019 sur les revenus 2018 (toutes les pages)
- l'attestation de contrat santé labellisé 2020

✚ dans le cadre d'une adhésion à un contrat prévoyance labellisé (garantie maintien de salaire)

- l'avis d'impôt 2019 sur les revenus 2018 (toutes les pages)
- l'attestation de contrat prévoyance labellisé 2020

Tout dossier incomplet sera retourné.

Dossier à retourner par courrier interne ou voie postale à :

- Service Action Sociale

Mme Laïla LAGNAOUI ou Mme Priscilla CABRAL

201 Avenue de la Pompignane – 34 064 MONTPELLIER Cedex 2

En cas de départ de la collectivité (fin de contrat, retraite, disponibilité, congé parental ...), la date de retour des documents demandés est **au moins 1 mois avant la date de départ de l'agent**

Date limite de demande : 30 juin 2020 (sauf pour les agents recrutés à partir du 1^{er} juin, et pour les adhésions après le 30 juin : la date limite de demande est le 1^{er} décembre 2020)



FORMULAIRE 2020 - SITE DE MONTPELLIER

DEMANDE DE PARTICIPATION A LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE

Site de Montpellier
Direction de la Qualité de Vie au Travail
et de la Formation

NOM : Mme / M.

Prénom :

N° de téléphone :

Matricule* :

Mail :

*(en haut de votre bulletin de salaire)

Direction / Service / Lycée :

Date de naissance :

Position Administrative :

- Stagiaire / Titulaire
- Contractuel
- Mis(e) à Disposition

CONTRATS <i>Cocher le(s) contrat(s) labellisé(s) souscrit(s)</i>		PIECES A FOURNIR avec ce formulaire			
PREVOYANCE	SANTE	- Votre avis d'imposition 2019 sur les revenus 2018 - L'attestation d'adhésion⁽¹⁾ certifiant la labellisation et dates d'effet du contrat.			
Partie réservée à l'administration					
QF	T1	T2	T3	T4	T5
	< 800	< 1 100	< 1 400	< 1 800	≥ 1 800

Je ne souhaite pas transmettre mon avis d'impôt cette année.

Je percevrai par conséquent, la participation réservée à la dernière tranche de quotient familial.

Je soussigné(e), _____ m'engage, en cas de résiliation anticipée du (des) contrat(s) de protection sociale complémentaire, à en informer immédiatement par écrit la Direction de la Qualité de Vie au Travail et de la Formation.

⁽¹⁾ sauf pour les adhérents au contrat Prévoyance de la MNT.

Attention : les appels de cotisations (ou échéanciers) transmis par les mutuelles ne peuvent servir d'attestation.

Fait à :

Le :

Signature

Date limite de demande : 30 juin 2020 (sauf pour les agents recrutés à partir du 1^{er} juin, et pour les adhésions après le 30 juin : la date limite de demande est le 1^{er} décembre 2020)