



# FORMULAIRE 2020 - SITE DE TOULOUSE

## DEMANDE DE PARTICIPATION A LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE

### Site de Toulouse

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 Toulouse (départements de l'Ariège, de l'Aveyron, de la Haute-Garonne, du Gers, des Hautes-Pyrénées, du Tarn et du Tarn-et-Garonne).

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

Elle est soumise à conditions :

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

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

**✚ dans le cadre d'une adhésion au contrat collectif de prévoyance avec Intériale (garantie maintien de salaire)**

- l'avis d'impôt 2019 sur les revenus 2018 (toutes les pages)

---

**Dossier à retourner par mail, à : [drht.psc@laregion.fr](mailto:drht.psc@laregion.fr)**

**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<sup>er</sup> juin, et pour les adhésions après le 30 juin : la date limite de demande est le 1<sup>er</sup> décembre 2020)



# FORMULAIRE 2020 - SITE DE TOULOUSE

## DEMANDE DE PARTICIPATION A LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE

Site de Toulouse

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

Mme / M.

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Matricule\* :

N° de téléphone :

\*(en haut de votre bulletin de salaire)

Mail :

Direction / Service / Lycée :

Position Administrative :

Stagiaire / Titulaire

Contractuel

Mis(e) à Disposition

CONTRATS		PIECES JUSTIFICATIVES
<u>Cocher</u> le contrat pour lequel vous demandez la participation		A joindre à ce formulaire
<b>SANTÉ</b> (contrat labellisé)	<input type="checkbox"/>	- L'attestation de contrat santé labellisé 2020 <sup>(1)</sup> - L'avis d'impôt 2019 sur les revenus 2018 (toutes les pages)
<b>PRÉVOYANCE</b> Incapacité temporaire de travail (contrat collectif)	<input type="checkbox"/>	L'avis d'impôt 2019 sur les revenus 2018 (toutes les pages)

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

Je percevrai 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.

**Retour par mail à [drht.psc@laregion.fr](mailto:drht.psc@laregion.fr)**

<sup>(1)</sup> 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<sup>er</sup> juin, et pour les adhésions après le 30 juin : la date limite de demande est le 1<sup>er</sup> décembre 2020)