

DÉCLARATION D'INTENTION
Convention de participation santé CDG 70

Nom de la collectivité / Établissement public : _____

N° SIRET : _____ N° INSEE _____

Adresse : _____

Interlocuteur dédié au dossier « Protection sociale complémentaire » au sein de votre collectivité :

Nom _____ Prénom _____

Fonction _____

Téléphone : _____ Email : _____

Nombre d'agents dans la collectivité : _____

REGIME FRAIS DE SANTÉ :

Veuillez cocher l'option retenue :

☐ La collectivité souhaite **adhérer à la convention de participation** mise en place par le CDG 70 à compter du **1er janvier 2026**, pour le **risque complémentaire santé**, en partenariat avec **AMELLIS Mutuelles**, selon les conditions définies dans le marché.

☐ La collectivité souhaite **mettre en place une participation financière** pour le risque santé, à hauteur de _____ € **par agent et par mois**, à compter du _____

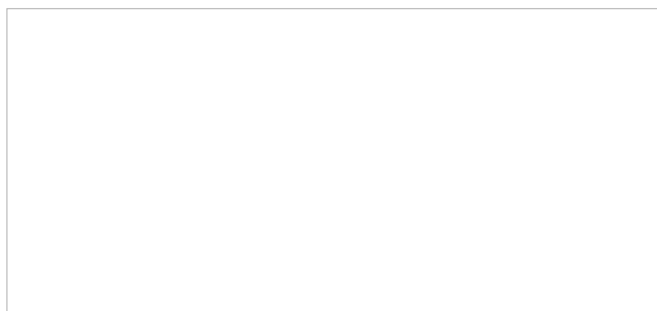
Modalités de paiement des cotisations :

☐ **Aucun précompte** : l'intégralité des cotisations, y compris celles de l'agent et des ayants droit, est prélevée sur le compte personnel de l'agent.

La présente déclaration d'intention sera entérinée par une ou plusieurs délibérations votées lors de la séance du conseil municipal / syndical / communautaire, prévue le _____

Fait à : _____, le _____

Signature et cachet de la collectivité :



Retournez ce document rempli à v.longhino@amellis.fr , contact@arganceconseils.com