

## PROCEDURE D'ADHESION DES AGENTS AU CONTRAT COLLECTIF EN PREVOYANCE RELYENS

### 1- Etape préalable à effectuer par la collectivité « employeur » adhérente à la convention de participation : 2 possibilités

- **La 1<sup>ère</sup> possibilité :**

Depuis le compte employeur sur l'espace client Relyens



Accueil > Vos contrats > Contrat prévoyance facultative PR- 00000

### Votre contrat prévoyance facultative

#### Points clés

- Code adhésion en ligne : ZZ12ZZZ89
- Type de facturation : **Facturation à la collectivité**
- Périodicité de vos déclarations : **Facturation mensuelle**

[Voir les adhérents](#) 

[Inviter des agents à adhérer en ligne](#) 

Cliquer dans cette rubrique.

Inviter d'autres agents à adhérer

Indiquez un ou plusieurs e-mails séparés d'un espace :

**Astuce**  
Vous pouvez copier/coller une liste de mail depuis un tableur Excel par exemple

Saisissez ou collez les adresses mail ici

[Annuler](#) [Envoyer](#)

Insérer votre liste de mails ou taper l'adresse mail de chacun de vos agents.

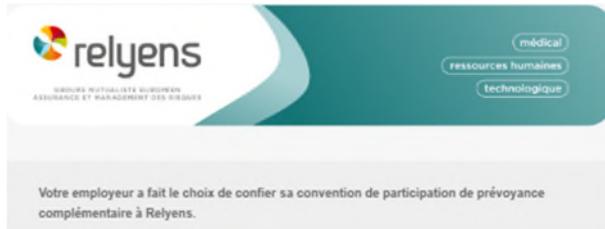
Chaque agent « invité » recevra le mail suivant :

De : noreply@relyenssps.relyens.eu <noreply@relyenssps.relyens.eu>

Envoyé : mardi 29 octobre 2024 09:58

À : murielle.durand@gmail.com

Objet : Votre employeur vous invite à adhérer au contrat



**Vous vous protégez de la pluie, pourtant elle ne tombe pas tous les jours...**

...N'attendez pas un coup dur pour souscrire votre prévoyance



[Adhérer](#)

Bricoler, pratiquer un sport, rouler à vélo... au cours de la vie, à tous les âges, nous sommes tous confrontés à des événements et maladies auxquels on ne s'attend pas, et contre lesquels il faut se protéger.

Ces accidents peuvent engendrer des conséquences financières et humaines majeures, et faire basculer notre quotidien.

La prévoyance vous met à l'abri, en maintenant votre niveau de vie et vos engagements financiers (crédits à la consommation, loyers, factures d'énergie et de téléphonie...)



**Inès, 38 ans, agent territorial spécialisé des écoles maternelles**

"Je suis atteinte d'une sclérose en plaque depuis plus de 2 ans. Après mes 3 premiers mois d'arrêt, j'ai perdu 50 % de mes revenus."



**Adel, 25 ans, technicien dans un Conseil départemental**

"J'ai eu un accident de vélo cet été. Suite à mes 6 mois d'arrêt, j'ai subi une perte de rémunération à partir du 4<sup>ème</sup> mois de mon arrêt."

Heureusement, Inès et Adel avaient souscrit la convention prévoyance proposée par leur employeur. Dès le passage de leur rémunération à demi-traitement, leur assurance est donc intervenue pour compenser en partie leur perte de rémunération.

**Pourquoi choisir cette offre Prévoyance ?**



**Un tarif négocié**

Nous vous proposons une offre tarifaire attractive dans le cadre d'une convention de 8 ans



**Un prélèvement simplifié**

Votre cotisation sera prélevée directement chaque mois sur votre paie déduction faite de la participation employeur



**Un remboursement rapide**

Vos indemnités prévoyance sont versées dans le meilleur délai



**Un interlocuteur privilégié**

Une question ? Au sein du service ressources humaines, votre référent vous aide dans la gestion de vos garanties

**Prêt à vous protéger ? Adhérez !**

Il vous suffit de cliquer sur le bouton ci-dessous et de renseigner le code d'accès suivant **ED56GVTNU6**

[J'adhère](#)

A partir de cet espace, vous pouvez :

- Consulter la notice d'information
- Simuler la cotisation en fonction des garanties qui correspondent à vos besoins
- Adhérer en ligne

Une fois votre adhésion finalisée, vous recevrez dans votre boîte mail un lien pour accéder à votre espace personnel, à partir duquel vous pouvez :

- Consulter vos données personnelles et gérer vos préférences de communication
- Retrouver vos informations contractuelles
- Suivre vos demandes d'indemnisation et joindre vos justificatifs
- Suivre vos remboursements

Noter ou copier le code d'accès puis cliquer dans « J'adhère ».

- **La 2ème possibilité :**

Depuis le compte employeur sur l'espace client Relyens

relyens

Accueil > Vos contrats > Contrat prévoyance facultative PR- 00000

### Votre contrat prévoyance facultative

#### Points clés

- Code adhésion en ligne : ZZ12ZZZ89
- Type de facturation : Facturation à la collectivité
- Périodicité de vos déclarations : Facturation mensuelle

Voir les adhérents

Inviter des agents à adhérer en ligne

Communiquer à vos agents le code adhésion en ligne.  
Le choix du mode de communication est laissé à votre convenance.

Chaque agent devra ensuite se connecter sur le site de Relyens :

<https://www.relyens.eu/fr/>

Cliquer dans « ESPACE CLIENT ».

ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES

BLOG FR NOUS REJOINDRE ESPACE CLIENT

relyens

Vous êtes Vos besoins Notre approche du risque Newsroom Relyens

### Vous êtes

- Collectivité Territoriale
- Etablissement de soin
- Agent**
- Elu
- Professionnel de santé

Prévoyance complémentaire

Sélectionner « Agent » puis « Prévoyance complémentaire ».



## Votre espace client prévoyance agent

**Email**

**Mot de passe**

[Mot de passe oublié](#)

**Connexion →**

**Adhérer à un contrat prévoyance**

Cliquer dans cette  
rubrique.



## Adhérer à un contrat prévoyance

Indiquer votre code d'accès

Je ne suis pas un robot   
reCAPTCHA  
Confidentialité • Conditions

**Valider**

Indiquer le code  
adhésion en ligne  
communiqué par  
votre employeur.

Cocher cette case  
et « Valider ».

## 2- Procédure d'adhésion au contrat collectif en prévoyance :

A réception du mail d'invitation de votre employeur OU à la suite de la communication du code d'adhésion en ligne, les étapes d'adhésion au contrat collectif en prévoyance sont les suivantes :



**VOUS MUNIR DE VOTRE DERNIER BULLETIN DE SALAIRE**

### Adhérer au contrat Prévoyance

Ma formule de garantie    Mes renseignements personnels    Mes renseignements professionnels    Récapitulatif    Documents    Signature

#### Ma formule de garantie

##### Les garanties à assurer

Les garanties obligatoires sont cochées par défaut.  
Sélectionnez les options sur lesquelles vous souhaitez être couvert en cas d'arrêt.  
Les modalités d'indemnisation sont détaillées dans la notice d'information ci-dessous.  
[Consultez la notice d'information](#)

<input checked="" type="checkbox"/> Incapacité temporaire totale <small>Montant de salaire en cas d'arrêt de travail</small>	<input checked="" type="checkbox"/> Invalidité permanente totale <small>Versement d'une rente en cas d'invalidité permanente totale pour empêcher à exercer une quelconque activité professionnelle</small>
<input type="checkbox"/> Perte de retraite <small>Versement, à l'âge de départ à la retraite, d'une rente compensant l'absence de cotisation pendant la période d'invalidité permanente</small>	<input type="checkbox"/> Décès / PTIA toutes causes <small>Versement d'un capital ou rente aux bénéficiaires en cas de décès ou versement d'une rente si vous êtes atteint d'une "Perte totale et Irréversible d'Autonomie"</small>

#### Base de remboursement ?

TB + NBI + RI (ou Rémunération + Primes et indemnités)  
Traitement de base brut + Nouvelle Bonification Indicateur brut + Primes brutes du Régime Indemnitaire (ex : IPSt, HP/SESP...)

#### Montant (A titre indicatif)

Indiquez ici votre rémunération mensuelle globale brute en fonction de l'assiette de cotisation que vous avez sélectionnée. Cette information vous permet de simuler une estimation de votre cotisation.

Calculer mes formules →

### CONSEIL :

Pour obtenir toutes les simulations (formules), ne pas cocher « Perte de retraite » ou « Décès / PTIA toutes causes ».

### NOTA :

Si vous percevez l'indemnité compensatrice CSG, cette dernière est également à inclure dans votre rémunération mensuelle brute.

Cliquer.

**ATTENTION** : Les formules comprenant l'option « Perte de retraite » ne concernent que les agents affiliés à la **CNRACL**.

**Ne peuvent donc pas souscrire à l'une de ces formules les agents relevant de l'IRCANTEC** : les contractuels (CDI ou CDD relevant du droit public ou du droit privé) ou les fonctionnaires (titulaires ou stagiaires) dont la durée hebdomadaire de travail est inférieure à 28 heures.

✓ Vos formules ont été calculées

### Formule 1

#### Vos garanties

##### Incapacité temporaire totale

Niveau d'indemnisation	90%
Taux de cotisation	1,34%

##### Incapacité permanente totale

Niveau d'indemnisation	90%
Taux de cotisation	0,52%

#### Votre taux de cotisation

**1,86 %** soit

**XX,XX** €/mois

Cotisation estimée à partir du salaire renseigné sans déduction de la participation éventuelle de votre employeur.

[Choisir cette formule →](#)

### Formule 2

#### Vos garanties

##### Incapacité temporaire totale RI en période PPT LMLD MG

Niveau d'indemnisation	90%
Taux de cotisation	1,86%

##### Incapacité permanente totale

Niveau d'indemnisation	90%
Taux de cotisation	0,52%

#### Votre taux de cotisation

**2,38 %** soit

**XX,XX** €/mois

Cotisation estimée à partir du salaire renseigné sans déduction de la participation éventuelle de votre employeur.

[Choisir cette formule →](#)



Ces formules peuvent également vous intéresser.

### Formule 3

#### Vos garanties

##### Incapacité temporaire totale

Niveau d'indemnisation	90%
Taux de cotisation	1,34%

##### Incapacité permanente totale

Niveau d'indemnisation	90%
Taux de cotisation	0,52%

##### Décès / PTIA toutes causes 100% Salaire brut annuel

Niveau d'indemnisation	100%
Taux de cotisation	0,25%

#### Votre taux de cotisation

**2,11 %** soit

**XX,XX** €/mois

Cotisation estimée à partir du salaire renseigné sans déduction de la participation éventuelle de votre employeur.

[Choisir cette formule →](#)

### Formule 4

#### Vos garanties

##### Incapacité temporaire totale

Niveau d'indemnisation	90%
Taux de cotisation	1,34%

##### Incapacité permanente totale

Niveau d'indemnisation	90%
Taux de cotisation	0,52%

##### Perte de retraite 50% PMSS par année d'invalidité

Niveau d'indemnisation	50%
Taux de cotisation	0,40%

#### Votre taux de cotisation

**2,26 %** soit

**XX,XX** €/mois

Cotisation estimée à partir du salaire renseigné sans déduction de la participation éventuelle de votre employeur.

[Choisir cette formule →](#)

## Formule 5

### Vos garanties

#### Incapacité temporaire totale

Niveau d'indemnisation	90%
Taux de cotisation	1,34%

#### Incapacité permanente totale

Niveau d'indemnisation	90%
Taux de cotisation	0,52%

#### Perte de retraite 50% PMSS par année d'invalidité

Niveau d'indemnisation	50%
Taux de cotisation	0,40%

#### Décès / PTIA toutes causes 100% Salaire brut annuel

Niveau d'indemnisation	100%
Taux de cotisation	0,25%

### Votre taux de cotisation

**2,51 %** soit

**XX,XX** €/mois

Cotisation estimée à partir du salaire renseigné sans déduction de la participation éventuelle de votre employeur.

[Choisir cette formule →](#)

## Formule 6

### Vos garanties

#### Incapacité temporaire totale RI en période PPT LM LD MG

Niveau d'indemnisation	90%
Taux de cotisation	1,86%

#### Incapacité permanente totale

Niveau d'indemnisation	90%
Taux de cotisation	0,52%

#### Décès / PTIA toutes causes 100% Salaire brut annuel

Niveau d'indemnisation	100%
Taux de cotisation	0,25%

### Votre taux de cotisation

**2,63 %** soit

**XX,XX** €/mois

Cotisation estimée à partir du salaire renseigné sans déduction de la participation éventuelle de votre employeur.

[Choisir cette formule →](#)

## Formule 7

### Vos garanties

#### Incapacité temporaire totale RI en période PPT LM LD MG

Niveau d'indemnisation	90%
Taux de cotisation	1,86%

#### Incapacité permanente totale

Niveau d'indemnisation	90%
Taux de cotisation	0,52%

#### Perte de retraite 50% PMSS par année d'invalidité

Niveau d'indemnisation	50%
Taux de cotisation	0,40%

### Votre taux de cotisation

**2,78 %** soit

**XX,XX** €/mois

Cotisation estimée à partir du salaire renseigné sans déduction de la participation éventuelle de votre employeur.

[Choisir cette formule →](#)

## Formule 8

### Vos garanties

#### Incapacité temporaire totale RI en période PPT LM LD MG

Niveau d'indemnisation	90%
Taux de cotisation	1,86%

#### Incapacité permanente totale

Niveau d'indemnisation	90%
Taux de cotisation	0,52%

#### Perte de retraite 50% PMSS par année d'invalidité

Niveau d'indemnisation	50%
Taux de cotisation	0,40%

#### Décès / PTIA toutes causes 100% Salaire brut annuel

Niveau d'indemnisation	100%
Taux de cotisation	0,25%

### Votre taux de cotisation

**3,03 %** soit

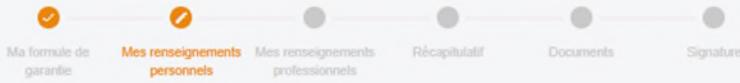
**XX,XX** €/mois

Cotisation estimée à partir du salaire renseigné sans déduction de la participation éventuelle de votre employeur.

[Choisir cette formule →](#)

**Choisir une des formules proposées.**

# Adhérer au contrat Prévoyance



## Mes renseignements personnels

### Rappel de ma formule

#### Mon taux de cotisation

1,86 %

xx,xx €/mois pour une rémunération de xxx,xx €/mois  
Cotisation estimée à partir du salaire renseigné sans déduction de la participation éventuelle de votre employeur.

#### Mes garanties

- ✓ Incapacité temporaire totale TB + NBI + RI (ou Rémunération + Primes et indemnités)
- ✓ Invalidité permanente totale TB + NBI + RI (ou Rémunération + Primes et indemnités)

[Consultez la notice d'information](#)

[Modifier ma formule](#)

Les données personnelles recueillies dans le cadre de ce parcours d'adhésion en ligne seront traitées par Relyens et par l'assureur. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et vos droits, [cliquez ici](#).

### Civilité

Madame

Monsieur

### Mes informations

Nom de naissance *	Nom d'usage *
Prénom *	
Né(e) le *	Pays de naissance * FRANCE
Code postal de naissance *	Ville de naissance *
Situation familiale *	

### Mes coordonnées

Adresse: numéro et type de voie *	
Complément d'adresse (bâtiment, résidence)	
Localité, lieu dit	
Code postal *	Ville *
Indicatif téléphonique * 33 (France)	Numéro de téléphone portable *
Email *	Confirmation Email *

[← Retour](#)

[Suivant →](#)

Compléter les différentes rubriques.

Cliquer.

# Adhérer au contrat Prévoyance

- Ma formule de garantie
- Mes renseignements personnels
- Mes renseignements professionnels**
- Récapitulatif
- Documents
- Signature

## Mes renseignements professionnels

### Rappel de ma formule

#### Mon taux de cotisation

1,86 %

xx,xx €/mois

pour une rémunération de xxxx,xx €/mois

Cotisation estimée à partir du salaire renseigné sans déduction de la participation éventuelle de votre employeur.

#### Mes garanties

- ✓ Incapacité temporaire totale TB + NBI + RI (ou Rémunération + Primes et indemnités)
- ✓ Invalidité permanente totale TB + NBI + RI (ou Rémunération + Primes et indemnités)

[Consultez la notice d'information](#)

[Modifier ma formule](#)

### Numéro de matricule

Matricule de l'agent

### Date d'embauche

Date d'embauche \*

### Ma situation

En activité

En arrêt de travail pour raisons de santé

En invalidité 1ère catégorie

En reprise d'activité

En temps partiel thérapeutique

### Mon statut

Agent droit privé

Agent droit public

### Etiez-vous précédemment assuré(e) ? (Mutuelle, Institution de Prévoyance, Assureur)

Oui

Non

[Retour](#)

[Suivant](#)

En règle générale, le numéro de matricule (cette donnée n'est pas obligatoire) et la date d'embauche sont mentionnés sur votre bulletin de salaire.

Si réponse « Oui », voir étape suivante.

Cliquer.

**Etiez-vous précédemment assuré(e) ? (Mutuelle, Institution de Prévoyance, Assureur)**

Oui

Non

**Votre contrat était-il ?**

Collectif

Individuel

N'oubliez pas de résilier votre précédent contrat.

Veillez sélectionner un type contrat si autre assureur

**Pour quels risques ?**

Incapacité

Invalidité

Décès

Perte de retraite

Merci de nous envoyer l'attestation de couverture par mail.

Veillez sélectionner les garanties du précédent contrat d'assurance

Cette rubrique apparait uniquement si réponse « Oui », à l'étape précédente.

**Rappel de ma formule**

**Mon taux de cotisation**

2,38 %

xx.xx €/mois

pour une rémunération de xxxx.xx €/mois

Cotisation estimée à partir du salaire renseigné **sans** déduction de la participation éventuelle de votre employeur.

**Mes garanties**

- ✓ Incapacité temporaire totale RI en période PPT LM LD MG TB + NBI + RI (ou Rémunération + Primes et indemnités)
- ✓ Invalidité permanente totale TB + NBI + RI (ou Rémunération + Primes et indemnités)

[Consultez la notice d'information](#) ↓

[Modifier ma formule](#) ✎

**Mes renseignements personnels**

Civilité  
Nom d'usage  
Nom de naissance  
Prénom  
Né(e) le

Téléphone  
Email  
Adresse

Madame  
DUPOND  
MARTIN  
Murielle  
04/11/1978 à 00000 AZERTY  
(FRANCE)  
+33612345678  
murielle.dupond@gmail.com  
Chemin du Wxcvbn  
04123 PROVENCE

[Modifier mes renseignements personnels](#) ✎

**Mes renseignements professionnels**

Date d'embauche  
Situation actuelle  
Statut  
Caisse de retraite

01/01/2015  
En activité  
Titulaire  
CNRACL

[Modifier mes renseignements professionnels](#) ✎

[← Retour](#)

[Suivant →](#)

Cliquer.

# Adhérer au contrat Prévoyance



## Conditions générales et notice d'information

### Notice d'Information

Télécharger 

Je déclare avoir pris connaissance et reçu un exemplaire de la notice d'information.

Je demande à adhérer au contrat collectif « Prévoyance complémentaire du personnel territorial » souscrit par mon employeur auprès de Relyens Mutual Insurance.

J'autorise les services compétents de mon employeur à fournir à Relyens SPS toutes les informations nécessaires à la gestion du contrat et à prélever les cotisations dues sur mon salaire.

Je reconnais avoir été informé que je bénéficie d'un droit à renonciation à mon adhésion dans les conditions définies dans la notice d'information.

J'accepte par avance de fournir tous renseignements et pièces justificatives sur l'origine des fonds destinés au paiement des cotisations dans le cadre des obligations auxquelles est soumis tout assureur en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Je certifie exact et complet l'ensemble des renseignements portés sur le présent bulletin d'adhésion.

Je suis informé(e) que toute omission, réticence ou fausse déclaration, m'expose à l'application des sanctions prévues aux articles L.113-8 et L.113-9 du code des assurances.

**Télécharger la notice d'information et consulter les conditions générales d'utilisation et les informations relatives au traitement des données personnelles. Cocher les différentes cases.**

### Conditions Générales d'Utilisation

Consulter 

Je déclare avoir pris connaissance des Conditions Générales d'Utilisation des services en ligne et les accepte.

### Informations relatives au traitement des données personnelles

Consulter 

Je déclare avoir pris connaissance des modalités de traitement des données me concernant et de mes droits.

Retour

Finaliser ma souscription 

**Cliquer.**

 **Adhésion Prévoyance complémentaire**  
Relyens

**Authentification par SMS**

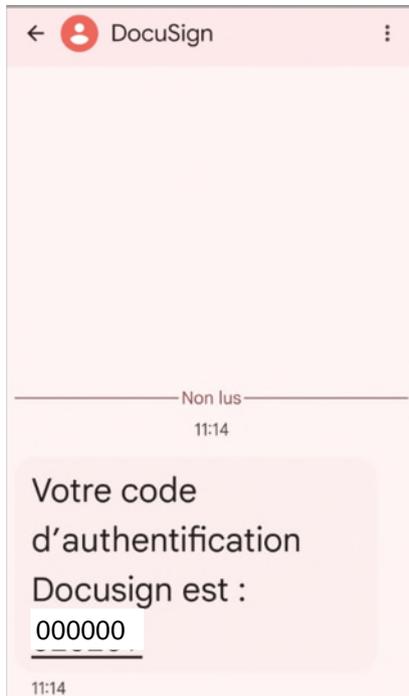
Pour accéder à ce document, vous devez confirmer votre identité à l'aide de votre téléphone portable.  
Nom du signataire d'authentification : Murielle DUPOND

N° téléphone portable du destinataire du SMS :

+33612345678

Si vous n'avez pas accès à votre téléphone cellulaire pour le moment, cliquez sur « Annuler » et réessayez lorsque vous y avez accès.

### Réception d'un sms de DocuSign :



 **Adhésion Prévoyance complémentaire**  
Relyens

**Authentification par SMS**

Un message SMS a été envoyé sur votre téléphone portable.

Saisissez le code reçu par SMS dans le champ ci-dessous puis appuyez sur Confirmer le code.

Si vous ne recevez pas de SMS, cliquez sur « Annuler », vérifiez le numéro du téléphone portable et essayez de renvoyer le SMS.

Saisir le code reçu par SMS et confirmer.

DocuSign Envelope ID: F6787F26-396D-4285-91C2-A76F00581D43

**relyens**  
GROUPE MUTUALISTE EUROPÉEN  
ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES

**CDG 04**

### BULLETIN D'ADHÉSION INDIVIDUELLE

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE COLLECTIVITE**

Raison sociale : Commune de ABCDEFGH ; Numéro SIRET : 210400.....

Adresse : 582 RUE FONT DE LAGIER - 04130 - VOLX

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS VOUS CONCERNANT**

Civilité : Madame ; Nom naissance : MARTIN ;  
Nom d'usage : DUPOND ; Prénom : Murielle ;  
Date de naissance : 04/11/1978 ; CP, ville et pays de naissance : 00000 AZERTY (FRANCE) ;  
Situation Familiale : Marié(e) ;  
Téléphone mobile : +33612345678 ; Email : murielle.dupond@gmail.com ;  
Adresse : Chemin du Wxcvbn - 04123 PROVENCE

**RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS VOUS CONCERNANT**

N° matricule : 2183690 ; Date d'embauche dans la collectivité : 01/01/2015 ;  
Type agent : Agent droit public ;  
Type de fonction publique : Territoriale ; Caisse de retraite : CNRACL ;  
Statut : Titulaire ; Catégorie hiérarchique : C

Animé par **docuSign** Copyright © 2024 DocuSign Inc | V2R

**COMMENCER**

annexes), aux personnels habilités de Relyens Mutual Insurance, à votre employeur, ainsi que, et uniquement pour les données qui les concernent, au Centre de Gestion auquel est rattachée votre collectivité employeur, aux sous-traitants et prestataires éventuels impliqués dans la mise en œuvre du traitement, et aux autres tiers habilités. Vos données seront conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat de prévoyance complémentaire souscrit par votre employeur (ou pour la durée spécifiquement prévue par la Cnil ou la réglementation en fonction des traitements), cette durée étant augmentée de la durée des prescriptions légales et, le cas échéant, des durées de conservation applicables aux dossiers sinistres.

En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, ou d'effacement, ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Par ailleurs et sous certaines conditions, vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement à la portabilité de vos données, ainsi que du droit de vous opposer audit traitement. Vous pouvez exercer ces différents droits en vous adressant au Délégué à la protection des données de Relyens SPS par courrier postal (Relyens SPS – DPO – CS 80006 – 18020 Bourges Cedex) ou par courrier électronique (privacy.sps@relyens.eu). En fonction de la nature de votre demande, un justificatif d'identité pourra vous être demandé. En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil> - 01 53 73 22 22.

Je déclare avoir pris connaissance et reçu un exemplaire de la notice d'information.  
Je demande à adhérer au contrat collectif = Prévoyance complémentaire du personnel territorial = souscrit par mon employeur auprès de Relyens Mutual Insurance.  
J'autorise les services compétents de mon employeur à fournir à Relyens SPS toutes les informations nécessaires à la gestion du contrat et à prélever les cotisations dues sur mon salaire.  
Je reconnais avoir été informé que je bénéficie d'un droit à renonciation à mon adhésion dans les conditions définies dans la notice d'information.  
J'accepte par avance de fournir tous renseignements et pièces justificatives sur l'origine des fonds destinés au paiement des cotisations dans le cadre des obligations auxquelles est soumis tout assureur en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.  
Je certifie exact et complet l'ensemble des renseignements portés sur le présent bulletin d'adhésion.  
Je suis informé(e) que toute omission, réticence ou fausse déclaration, m'expose à l'application des sanctions prévues aux articles L.113-8 et L.113-9 du code des assurances.

Le participant peut renoncer à son adhésion au contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où le preneur est informé que le contrat est conclu. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : Relyens SPS, Service Contrats Adhésions - CS 80006 - 18020 Bourges Cedex. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre de renonciation ci-après : « Je soussigné(e) ..... demeurant à ..... déclare renoncer à mon adhésion dont la date d'effet est fixée à ..... et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où je suis informé(e) que le contrat est conclu. Date ..... Signature ..... ».

Signature de l'adhérent

Fait à :

Le 29 octobre 2024 .....

**Signer**

### Choisir votre signature

Confirmez votre nom, vos initiales et votre signature.

\* Obligatoire

**Nom Complet\***

**Initiales\***

OU SÉLECTIONNER UNE SIGNATURE **ÉCRIRE** CHARGER

**ÉCRIRE VOTRE SIGNATURE** Effacer

En sélectionnant Choisir et signer, j'accepte que la signature et le paraphe constituent la représentation électronique de ma signature et de mon paraphe à toutes fins utiles lorsque moi (ou mon mandataire) les utiliserons sur des documents, y compris des contrats à valeur exécutoire.

**CHOISIR ET SIGNER** **ANNULER**

Sélectionner un des trois choix de signature et signer.

Terminé! Cliquez sur Terminer pour envoyer le document terminé.

**TERMINER** AUTRES ACTIONS ▾

annexes, aux personnels habilités de Relyens Mutual Insurance, à votre employeur, ainsi que, et uniquement pour les données qui les concernent, au Centre de Gestion auquel est rattachée votre collectivité employeur, aux sous-traitants et prestataires éventuels impliqués dans la mise en œuvre du traitement, et aux autres tiers habilités. Vos données seront conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat de prévoyance complémentaire souscrit par votre employeur (ou pour la durée spécialement prévue par la CNIL ou la réglementation en fonction des traitements), cette durée étant augmentée de la durée des prescriptions légales et, le cas échéant, des durées de conservation applicables aux dossiers sensibles.

En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, ou d'effacement, ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Par ailleurs et sous certaines conditions, vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement à la portabilité de vos données, ainsi que du droit de vous opposer audit traitement. Vous pouvez exercer ces différents droits en vous adressant au Délégué à la protection des données de Relyens SPS par courrier postal (Relyens SPS – DPO – CS 80006 – 18020 Bourges Cedex) ou par courrier électronique (privacy.sps@relyens.eu). En fonction de la nature de votre demande, un justificatif d'identité pourra vous être demandé. En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenay 75007 Paris, https://www.cnil.fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil - 01 53 73 22 22.

Je déclare avoir pris connaissance et reçu un exemplaire de la notice d'information.

Je demande à adhérer au contrat collectif - Prévoyance complémentaire du personnel territorial - souscrit par mon employeur auprès de Relyens Mutual Insurance.

J'autorise les services compétents de mon employeur à fournir à Relyens SPS toutes les informations nécessaires à la gestion du contrat et à prélever les cotisations dues sur mon salaire.

Je reconnais avoir été informé que je bénéficie d'un droit à renoncement à mon adhésion dans les conditions définies dans la notice d'information.

J'accepte par avance de fournir tous renseignements et pièces justificatives sur l'origine des fonds destinés au paiement des cotisations dans le cadre des obligations auxquelles est soumis tout assureur en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Je certifie exact et complet l'ensemble des renseignements portés sur le présent bulletin d'adhésion.

Je suis informé(e) que toute omission, réticence ou fausse déclaration, m'expose à l'application des sanctions prévues aux articles L.113-8 et L.113-9 du code des assurances.

Le participant peut renoncer à son adhésion au contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où le preneur est informé que le contrat est conclu. Cette renoncation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : Relyens SPS, Service Contrats Adhésions - CS 80006 - 18020 Bourges Cedex. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre de renoncation ci-après : « Je soussigné(e) ..... demeurant à ..... déclare renoncer à mon adhésion dont la date d'effet est fixée à ..... et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où je suis informé(e) que le contrat est conclu. Date ..... Signature ..... ».

Signature de l'adhérent  Fait à : PROVENCE

Le 29 octobre 2024

Animé par **docusign** Copyright © 2024 Docusign (Incl.) VC

## Adhérer au contrat Prévoyance

● Ma formule de garantie
● Mes renseignements personnels
● Mes renseignements professionnels
● Récapitulatif
● Documents
● **Signature**

### Félicitations !

Vous venez de signer électroniquement votre demande d'adhésion. Elle sera prise en charge dans les meilleurs délais.

Nous vous avons adressé un email vous permettant de consulter les documents signés liés à votre adhésion. Pensez à vérifier que ce message n'est pas dans vos courriers indésirables.

Nous vous remercions de votre confiance.

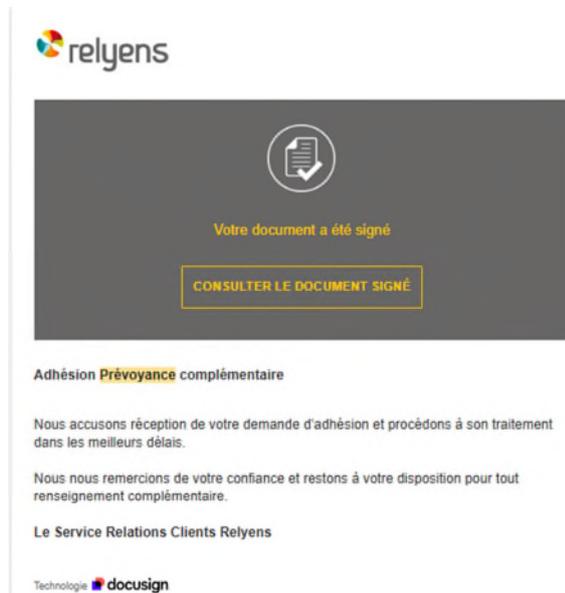
**Télécharger mon adhésion signée**

## Réception de 2 mails de Relyens

### Le 1<sup>er</sup> :

Finalisation : Adhésion **Prévoyance** - Signature des documents Boîte de réception x

 **Adhésion Prévoyance complémentaire via DocuSign** <dse@email.docusign.net>  
À murielle.dupond@gmail.com



**Adhésion **Prévoyance** complémentaire**

Nous accusons réception de votre demande d'adhésion et procédons à son traitement dans les meilleurs délais.

Nous nous remercions de votre confiance et restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

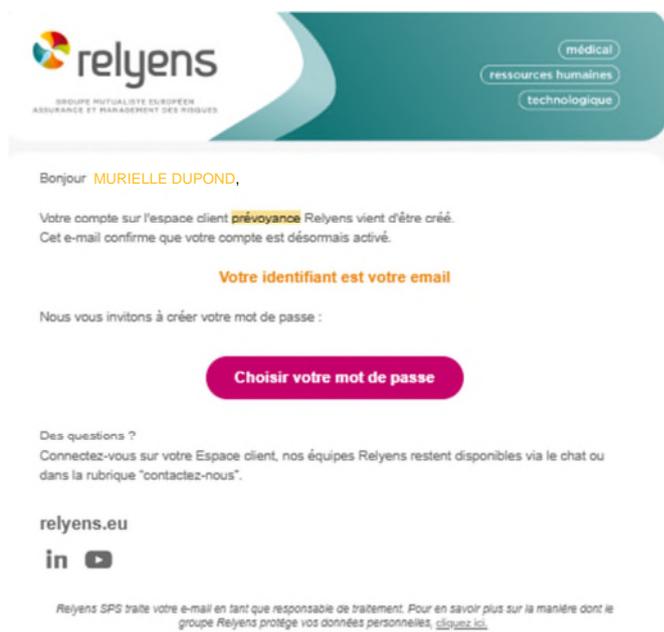
Le Service Relations Clients Relyens

Technologie  **docuSign**

### Le 2<sup>ème</sup> :

Ouverture de votre compte utilisateur Boîte de réception x

 **Espace client Relyens Prévoyance** <noreply.relyenssps@relyens.eu>  
À murielle.dupond@gmail.com



 **relyens**  
GROUPE MUTUALISTE EUROPÉEN  
ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES

[médical](#)  
[ressources humaines](#)  
[technologique](#)

Bonjour **MURIELLE DUPOND**,

Votre compte sur l'espace client **prévoyance** Relyens vient d'être créé.  
Cet e-mail confirme que votre compte est désormais activé.

**Votre identifiant est votre email**

Nous vous invitons à créer votre mot de passe :

**Choisir votre mot de passe**

Des questions ?  
Connectez-vous sur votre Espace client, nos équipes Relyens restent disponibles via le chat ou dans la rubrique "contactez-nous".

**relyens.eu**  
**in** 

Relyens SPS traite votre e-mail en tant que responsable de traitement. Pour en savoir plus sur la manière dont le groupe Relyens protège vos données personnelles, [cliquez ici](#).

## **Les points de contacts RELYENS dédiés aux agents sont les suivants :**

- Ligne téléphonique **avant** adhésion (Aide à l'adhésion auprès des agents) : 02.48.48.10.70
- Ligne téléphonique **après** adhésion (Gestion) : **02.48.48.20.90**
- **Tchat** avec nos équipes de gestion **via l'outil d'adhésion agent** et sur **l'espace client**