

Demande d'adhésion CAREL

Loi n° 92-108 du 3 février 1992 relative aux conditions d'exercice des mandats locaux, modifiée par la Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012.
Décret n° 93-825 du 25 mai 1993 relatif à la retraite par rente des élus locaux.
Décret n° 2013-362 du 26 avril 2013.



1 SOUSCRIPTEUR

M. Mme Mlle Nom Nom de naissance
Prénom(s)
Date [] [] [] [] [] [] et lieu de naissance
Adresse
Code postal Ville
Tél. Portable
E-mail
 Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Profession

2 MANDAT(S) ÉLECTIF(S) INDEMNISÉ(S) AU TITRE DUQUEL OU DESQUELS JE DÉSIRE COTISER À CAREL

Commune	<input type="checkbox"/> Maire	<input type="checkbox"/> Maire-adjoint	<input type="checkbox"/> Conseiller	Collectivité
EPCI : Métropole, Cté d'agglomération, de communes, urbaine, Syndicat... }	<input type="checkbox"/> Président	<input type="checkbox"/> Vice-Président	<input type="checkbox"/> Conseiller	Collectivité
	<input type="checkbox"/> Président	<input type="checkbox"/> Vice-Président	<input type="checkbox"/> Conseiller	Collectivité
Conseil Départemental	<input type="checkbox"/> Président	<input type="checkbox"/> Vice-Président	<input type="checkbox"/> Conseiller	Collectivité
Conseil Régional/Territorial	<input type="checkbox"/> Président	<input type="checkbox"/> Vice-Président	<input type="checkbox"/> Conseiller	Collectivité

3 COTISATION MENSUELLE RETENUE SUR INDEMNITÉ DE FONCTION

Choix du taux 8 % 6 % 4 %

4 COTISATIONS RÉTROACTIVES

OUI Début de mandat(s) en cours OU Date d'effet :
 J'opte pour le règlement à réception du décompte.
 Je sollicite un échelonnement par retenues sur mon indemnité de fonction sur [] [] mois*.
* Un crédit vous engage et doit être remboursé. Vérifiez vos capacités de remboursement avant de vous engager.
 NON

5 DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS**

** Si les deux cases sont cochées, c'est la désignation expresse qui prévaudra.

Cas général successoral : Mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment du décès, à défaut mon partenaire lié par un Pacs ayant cette qualité au moment du décès, à défaut mon concubin notoire, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, à défaut mes ascendants, à défaut mes héritiers en application des règles de la dévolution successorale légale.

OU

Désignation expresse : Libellez la clause très lisiblement en caractère d'imprimerie avec **nom, prénom, date de naissance, adresse, répartition éventuelle** entre les bénéficiaires ou **par parts égales** ou **l'ordre de priorité** ou les coordonnées du notaire qui détient la clause bénéficiaire.

.....
.....
.....

6 JE SOUSSIGNÉ(E)

- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus, et avoir reçu un double de ma demande d'adhésion.
- Déclare avoir pris connaissance du règlement mutualiste en vigueur du régime de retraite supplémentaire CAREL incluant mon droit à renonciation.
- Avoir été informé(e) des dispositions de la loi « informatique et libertés ».

Fait à

Le 202

SIGNATURE précédée de
la mention « **Lu et approuvé** »

FEUILLET À RETOURNER ACCOMPAGNÉ D'UNE COPIE
D'UNE PIÈCE D'IDENTITÉ LISIBLE, RECTO/VERSO
EN COURS DE VALIDITÉ.

À CAREL MUTUELLE : 26 BOULEVARD DE SÉBASTOPOL 75004 PARIS

Mutuelle des Élus Locaux - CAREL Mutuelle
SIREN n° 388 887 259 - Substituée par MUTEX Union
soumise aux dispositions du Livre II du Code de
la mutualité, SIREN n° 442 574 166, agréée
pour les branches 1, 2, 20, 21 et 22

