

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 Effet rétroactif

OUI Début de mandat(s) **OU** Date d'effet :
 J'opte pour le règlement de mes cotisations rétroactives, à réception du décompte.
 Je sollicite pour le règlement de mes cotisations rétroactives 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 des conditions générales et avoir reçu le règlement mutualiste du régime de retraite complémentaire CAREL incluant mon droit à renonciation.
- Avoir été informé(e) des dispositions de la loi « informatique et libertés ».

Fait à

Le 201

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 : BP 4238 - 75162 PARIS CEDEX 04

Mutuelle des Élus Locaux - CAREL Mutuelle
SIREN n° 388 887 259 - Substituée auprès
de MUTEX Union soumise aux dispositions
du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée
au répertoire SIRENE sous le numéro 442 574 166,
agrée pour les branches 1, 2, 20, 21 et 22

