

**DECLARATION D’INTENTION**

**Participation à la consultation de mise en œuvre**

**du contrat groupe d’assurance statutaire du CDG 58**

**Collectivité ou établissement public : …………………………………………………………………………………………………….**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**N° SIRET : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

Interlocuteur dédié au dossier « Assurance Statutaire » au sein de votre collectivité :

**Nom : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Prénom : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Fonction : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Tél :…………………………………………………………………Email :……………………………………………………………………………**

**Nombre d’agents CNRACL dans la collectivité au 1er janvier 2025**

**Garanties souhaitées par la collectivité pour le futur contrat (case à cocher) :**

 **Décès / CITIS / Maternité / Longue-Maladie Longue Durée / Maladie ordinaire**

**Franchises souhaitées par risque (case à compléter ci-dessous, mettre 0 si pas de franchise souhaitée) :**

 **jours CITIS / jours Longue-Maladie Longue Durée / jours Maladie ordinaire**

 Souhaite participer à la consultation relative à la mise en œuvre d’un contrat d’assurance statutaire par le CDG 58 pour la période 2026-2030

Fait à…………..……………………………., le…………………………

 Le (la) Maire ou le (la) Président

Document à retourner complété et signé à **contact@cdg58.fr**

**Au plus tard le 15/04/2025**

**Vos interlocuteurs au CDG 58 :**

Nathanaël SIMEON. Adjoint de direction : nathanael.simeon@cdg58.fr

Sandrine HELFRICH.Responsable du pôle retraite, assurances et instances médicales : sandrine.helfrich@cdg58.fr