

**COMITE D'ACTION SOCIALE DU PERSONNEL TERRITORIAL DES  
PYRENEES-ATLANTIQUES**

Je soussigné (e)\* \_\_\_\_\_  
(nom - prénom)

Nom de jeune-fille \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

Adresse postale: \_\_\_\_\_

Adresse mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Employé(e) territorial(e) à \_\_\_\_\_  
(dénomination de la structure employeur)

en qualité de \_\_\_\_\_

depuis le \_\_\_\_\_

indice majoré de rémunération : \_\_\_\_\_

**demande mon adhésion**

**à compter du :**

*au plus tôt le 1er jour du mois suivant la réception de la demande par le CAS*

**MEMBRES BÉNÉFICIAIRES**

*(Concubin, conjoint et enfants de moins de 20 ans)*

Nom - Prénom

Date de naissance

Nom - Prénom	Date de naissance

**Adhésion à la protection "indemnité perte de salaire" avec cotisation  
supplémentaire de 1,50 € (en cas d'impossibilité d'adhérer à un contrat  
collectif "maintien de salaire") . Cocher la case qui convient :**

OUI

NON

à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

*Signature*

Joindre un RIB pour le versement des prestations

**Nota** : En cas d'adhésion au-delà de 2 mois à compter du recrutement, les prestations  
sont versées après un délai de carence de 3 mois,

\* Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion.

Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat du CAS (tél.: 05 59 84 94 93).