**Je soussigné-e,**

**NOM :**

**PRENOM :**

**DATE DE NAISSANCE :**

**OPTE :**

 **❒ POUR LE MAINTIEN DE MES GARANTIES ACTUELLES AU 01/01/2024**

**OU**

 **❒ POUR LA RESILIATION D’UNE OU PLUSIEURS GARANTIES OPTIONNELLES A COMPTER DU 01/01/ 2024 :**

 **❒ Invalidité**

 **❒ Perte de retraite**

 **❒ Décès / PTIA**

 **❒ Régime indemnitaire en CLM- CGM -CLD**

*Cochez les garanties que vous souhaitez résilier*

 **❒ SOUHAITE AJOUTER DES GARANTIES OPTIONNELLES AU 01/01/2024 :**

 **❒ Invalidité**

 **❒ Perte de retraite**

 **❒ Décès / PTIA**

 **❒ Régime indemnitaire en CLM- CGM -CLD**

 **Fait à**

**Signature de l’agent**

*Important : cette demande de résiliation des options est possible uniquement si vous êtes en exercice normal d’activité,
c’est-à-dire hors situation d’arrêt de travail.*

*Si ce n’est pas le cas, vous pourrez faire cette demande à partir du 01.01.2024 si votre situation le permet (reprise d’activité et critères d’éligibilité contractuels).*

**Partie réservée à la collectivité :**

**Reçu le**

**Fait à**

**Le Signature du référent MNT**

**Vous devez retourner ce document actant votre choix avant 31/12/2023 à ……………………………….. A défaut de retour de ce document, vos garanties actuelles seront maintenues.**