

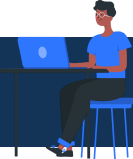


ADHÉSION EN LIGNE

- PREMIÈRE CONNEXION
- SAISIE INFORMATIONS INTERLOCUTEURS
- CHOIX DE LA COUVERTURE
- DÉPÔTS DES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS
- FINALISATION DU FORMULAIRE

CONTRAT GROUPE ASSURANCE DES RISQUES STATUTAIRES 2026-2029





Première connexion (1/2)



Bonjour,

Vous avez manifesté votre intérêt pour le **nouveau contrat groupe d'assurance statutaire** négocié par le Centre de gestion pour la période 2026-2029.

Vous trouverez dans cet e-mail les identifiants de connexion qui vous permettront d'accéder à l'espace sécurisé sur lequel vous pourrez **nous confirmer votre intention d'adhérer ou non au contrat groupe**.

Les documents ci-dessous seront demandés lorsque vous complèterez votre formulaire d'adhésion en ligne :

- Le Relevé d'Identité Bancaire de votre collectivité pour le remboursement des prestations ;
- Une lettre d'intention d'adhérer ou la délibération si celle-ci a déjà été prise.

Nous vous rappelons que votre adhésion nécessite également l'envoi de la convention passée avec votre Centre de gestion dès signature.

COMMENT VOUS CONNECTER A VOTRE ESPACE ?

En un seul clic, rendez-vous sur <https://vivinter.preprod-vermeg.partitio.com/fr> et profitez des services mis à votre disposition.

Pour vous connecter, il vous suffit de renseigner :

votre identifiant : **02_35001-10151**

votre mot de passe temporaire : **M35y@@Q%Hhf5**

Réception d'un mail de connexion avec le lien pour accéder à l'espace d'adhésion, votre **identifiant** et un **mot de passe temporaire**.



Première connexion (2/2)

Se connecter à votre espace d'adhésion santé !

Votre identifiant

 identifiant

Votre mot de passe

 mot de passe

[Oups ! j'ai oublié mon mot de passe](#)

Connexion

Vous avez une question ? [Contactez-nous](#)

Saisissez l'**identifiant** et le **mot de passe temporaire** que vous trouverez dans le mail de connexion et cliquez sur **connexion**


Puis définissez un mot de passe personnel à saisir une seconde fois pour confirmation et cliquez sur **Valider**. Vous serez ensuite connecté à votre parcours d'adhésion.

Configuration de votre mot de passe

Il ne vous reste plus qu'à sécuriser votre compte en configurant un mot de passe personnel.

Votre nouveau mot de passe

12 caractères et comprenant une majuscule, une minuscule, un chiffre et un caractère spécial

 Une première fois

Confirmer votre nouveau mot de passe

 Une deuxième fois pour être sûr !

Valider

Vous avez une question ? [Contactez-nous](#)



Accord ou refus d'adhérer

Le contrat groupe

Souhaitez-vous adhérer au contrat de groupe ? *

Oui

Non

Pour commencer, répondez à la question par OUI ou NON.

En cas de réponse NON, nous vous demanderons de préciser le motif et cliquer sur **Finaliser mon dossier** en bas à droite.



SIACI SAINT HONORE - Groupe DIOT-SIACI - Société de Courtage d'Assurance et de Réassurance. Siège social : Season – 39, rue Mstislav Rostropovitch – 75815 Paris cedex 17 – France – Tél. : +33 (0)1 4420 9999. SAS – Capital : 180.357.531,20 € – RCS Paris 572 059 939 – APE 6622 Z – N° TVA : FR 54 572 059 939. N° ORIAS : 07 000 771 (orias.fr) – Sous le contrôle de / Regulated by ACPR – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09 – France. Réclamations / Complaint : SIACI SAINT HONORE – Service réclamations – 23, allées de l'Europe – 92587 Clichy cedex – France.

[Notice RGPD](#) [Qui sommes nous](#)

Si vous avez répondu OUI, cliquez sur **Suivant** pour continuer

Suivant

À tout moment, vous pouvez sauvegarder les informations déjà complétées et **reprendre plus tard**.

Reprendre plus tard

Finaliser mon dossier



Informations administratives (1/2)

Informations contractuelles

Les informations concernant votre collectivité

Nature de l'établissement *
MAIRIE

Raison sociale *
DE TEST
Mairie, collectivité...

Siret *
12345678912346
Indiquez les 14 chiffres

Adresse *
N° et voie
RUE DE BRETAGNE

Complément d'adresse
Bâtiment, Etage, Chez...

Code postal *
75001

Ville *
PARIS

Trésorerie de rattachement *

Relevé d'identité bancaire de la Trésorerie *

Déposez un fichier ici ou cliquez sur le bouton ci-dessous pour charger le fichier.

Ajouter un fichier

Déposez ci-dessous ("Ajouter un fichier"), le RIB de la trésorerie comportant le cachet de votre collectivité, pour le paiement de vos futures prestations par virement.

Vérifiez et modifiez si nécessaire les informations précomplétées.

Saisissez le nom de la **trésorerie** à laquelle votre collectivité est rattachée

Cliquez sur **Ajouter un fichier** pour déposer le RIB de la trésorerie. Ce document est obligatoire



Informations administratives (2/2)

Les informations concernant votre correspondant

Les informations concernant le **correspondant en charge des déclarations de sinistres** (par défaut ce sont vos coordonnées qui apparaissent, à modifier si nécessaire).

Nom d'usage *

TEST

Prénom *

TESTA

Fonction

MAIRE

Adresse email *

sebastien.GUYONVARCH@s2hgroup.com

Téléphone *

Modifier ou compléter si nécessaire les informations préremplies. Cette adresse mail sera utilisée pour le **compte utilisateur** principal de la collectivité.

D'autres comptes pourront être ouverts ultérieurement.

Saisissez les coordonnées de la personne qui sera chargée de la signature du contrat.

Les informations concernant le signataire

Merci de bien vouloir compléter les coordonnées de la personne pressentie pour apposer sa signature électronique sur les certificats d'adhésion.

Nom d'usage *

Prénom *

Adresse mail *

Cliquez sur **Suivant** pour continuer.

Suivant

Reprendre plus tard

Finaliser mon dossier



Choix de votre couverture (1/2)

Vos garanties

IRCANTEC

Quel choix souhaitez-vous faire pour la couverture des agents IRCANTEC? *

Je souhaite couvrir les agents IRCANTEC

Je ne souhaite pas couvrir les agents IRCANTEC

Indiquez si votre collectivité s'assure sur la population IRCANTEC

Les indemnités journalières sont remboursées à 90%.

Choix garantie Maladie Ordinaire: *

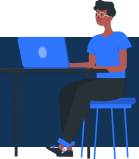
Tous risques avec une franchise de 15 jours par arrêt en maladie ordinaire ou TPT sans arrêt préalable au taux de 1,13%.

Tous risques avec une franchise de 30 jours par arrêt en maladie ordinaire ou TPT sans arrêt préalable au taux de 1,05%.

Si votre collectivité est en tranche optionnelle, les propositions présentées seront différentes et adaptées à votre structure.

Définition de tous risques pour les agents IRCANTEC : Accident de service, maladie professionnelle, accident de trajet + grave maladie + maternité (y compris les congés pathologiques) / adoption / paternité et accueil de l'enfant + maladie ordinaire + temps partiel thérapeutique sans arrêt préalable.

Cliquez sur la formule correspond au choix de votre collectivité



Choix de votre couverture (2/2)

Quel choix souhaitez-vous faire pour la couverture des agents CNRACL ? *

Définition de tous risques pour les agents CNRACL : Décès + Accident et Maladie Imputable au Service, Accident de trajet + Longue Maladie, Maladie de Longue Durée + Maternité (y compris les congés pathologiques), Adoption, Paternité et Accueil de l'enfant + Maladie Ordinaire + Temps Partiel Thérapeutique avec arrêt préalable, disponibilité d'Office, Invalidité + Temps partiel thérapeutique sans arrêt préalable.

Les **indemnités journalières** sont remboursées à 90%.

Choix garantie Maladie Ordinaire : *

Tous risques avec une franchise de 15 jours consécutifs par arrêt en maladie ordinaire ou temps partiel pour raison thérapeutique sans arrêt préalable au taux de 7,29%	Tous risques avec une franchise de 30 jours consécutifs par arrêt en maladie ordinaire ou temps partiel pour raison thérapeutique sans arrêt préalable au taux de 6,87%	Tous risques avec une franchise de 15 jours consécutifs par arrêt pour l'ensemble des indemnités journalières sauf la maternité au taux de 6,49%
---	---	--

De la même façon, indiquez si votre collectivité s'assure sur la population **CNRACL**

Cliquez sur la formule correspondant au choix de votre collectivité

Cliquez sur **Suivant** pour continuer.



Dépôt des documents justificatifs

Documents à nous transmettre

Délibération de la collectivité ou à défaut une lettre d'intention mentionnant les garanties souscrites. *

Déposez un fichier ici ou cliquez sur le bouton ci-dessous pour charger le fichier.

Ajouter un fichier

La réponse à cette question est obligatoire.

[Télécharger un Modèle de délibération au contrat groupe assurance statutaire.](#)

Convention signée avec votre Centre De Gestion *

Déposez un fichier ici ou cliquez sur le bouton ci-dessous pour charger le fichier.

Ajouter un fichier

La réponse à cette question est obligatoire.

Déposez la **délibération** ou à défaut un courrier d'intention mentionnant les garanties retenues ainsi que la **convention CDG33**.

Ces documents sont à déposer obligatoirement avant de pouvoir finaliser votre parcours d'adhésion.

Un modèle de délibération peut être téléchargé ici

Contrôler les éléments saisis avant de finaliser votre parcours.

Précédent

Vérification avant finalisation

Reprendre plus tard

Finaliser mon dossier



Validation du formulaire

Le contrat groupe

Souhaitez-vous adhérer au contrat de groupe ? *

[Mettre à jour les informations](#)

Si une information est à modifier, cliquer sur [Mettre à jour les informations](#).

Enfin cliquez sur [Finaliser mon dossier](#).



Ce site a pour objectif de recueillir votre souhait d'adhérer au contrat groupe.

Vous recevrez ensuite, d'ici le début d'année, les identifiants spécifiques à notre espace client sur lequel vous déclarerez les bases de l'assurance, congés maladies/accidents,...

Des présentations de cet espace seront organisées en janvier.

Merci de votre attention.

