



DEMANDE D'ADHESION
- OFFRE SANTE COLLECTIVE UNIPREVOYANCE -
- Document à remplir et à retourner à l'Institution -

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

L'Entreprise :

Représenté par : Fonction :

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_|_| VILLE :

Code NAF : |_|_|_|_|_| Siret N° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Tel :

CATEGORIE DE PERSONNEL CONCERNEE : **NON CADRE** **CADRE**

☛ **FORMULE RETENUE** (une seule formule possible) :

ECONOMIQUE **E**SENTIELLE **C**ONFORT **P**RESTIGE

☛ **STRUCTURE DE COTISATION RETENUE** (identique pour l'ensemble du collège assuré) :

FAMILLE ISOLE / FAMILLE

☛ **TARIF DE REFERENCE :**

HORS ALSACE – MOSELLE ALSACE – MOSELLE

☛ **COTISATION MENSUELLE (*) :**

FAMILLE | _____ % | ISOLE | _____ % |

FAMILLE | _____ % |

(*) En pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité Sociale

Attention : Ne pas omettre de joindre un extrait KBIS à la présente demande d'adhésion et de remplir la déclaration de la liste du personnel (ci-jointe)

DATE D'EFFET SOUHAITEE : | 01 | _____ | _____ |

Fait à :, le : |_____/_____/_____|

CACHET ET SIGNATURE DE L'ENTREPRISE :



DECLARATION DE LA LISTE DU PERSONNEL

A retourner à l'Institution avec l'exemplaire de la demande d'adhésion

L'Entreprise :
CETTE LISTE DOIT COMPRENDRE TOUT LE PERSONNEL CONCERNE, FIGURANT A L'EFFECTIF. EN CAS D'INSUFFISANCE DU TABLEAU CI-DESSOUS, VEUILLEZ LE PROLONGER SUR UNE FEUILLE DE PAPIER LIBRE REVETUE DU CACHET DE L'ENTREPRISE ADHERENTE.

	NOM et PRENOM	N° Sécurité Sociale	Statut NC / C (*)	Situation de Famille (**)	Nombre d'enfant(s) à charge	Salaire annuel brut
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

(*) NC : non cadre – C : cadre (**): C: célibataire – M: marié – D: divorcé – V: veuf

Fait à :, le : |___/___/___|

CACHET ET SIGNATURE DE L'ENTREPRISE :