

Demande d'adhésion

Aide à domicile

Convention Collective Nationale de la Branche de l'Aide,
de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile

Retour du document :

- par e-mail à : entreprise.santeprevoyance@ag2rlamondiale.fr
- ou par courrier à : AG2R LA MONDIALE
TSA 37001
59071 ROUBAIX CEDEX 1

Établissement

Adresse siège social : _____

Raison sociale : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Votre code APE* : _____

* Champs d'application : employeur privé à but non lucratif

Votre Siret : _____

Date de création : _____

Effectif : Cadres _____ Non Cadres _____

Représenté par : _____

Nom : _____

Fonction : _____

Tél. : _____

E-mail : _____

Vos attentes

Je souhaite souscrire auprès d'AG2R Prévoyance aux garanties conventionnelles obligatoires de la Convention Collective Nationale de la Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile, pour l'ensemble des salariés de mon établissement :

Prévoyance

Santé

Date d'adhésion souhaitée* : _____

J'ai pris connaissance des niveaux de garanties (brochure jointe).

J'ai consulté le Comité d'Entreprise ou les Délégués du personnel.

Je souhaite être contacté par un conseiller pour mettre en place des garanties complémentaires.

La demande d'adhésion n'a pas valeur contractuelle. Elle n'est qu'un résumé des garanties, lesquelles seront détaillées dans le contrat d'adhésion qui vous sera adressé dès réception de cette demande dûment remplie. Seul le contrat engagera AG2R Prévoyance.

* Votre demande d'adhésion devra impérativement nous être parvenue avant cette date (cachet de la poste faisant foi)

Je certifie exactes les informations portées ci-dessus.

Retrouvez toutes les informations utiles
sur le site internet

<https://www.ag2rlamondiale.fr/conventions-collectives-nationales/conseil-champ-d-application-de-la-ccn-aide-a-domicile/conseil-offre-de-sante-a-destination-de-la-ccn-aide-a-domicile>



Date : _____

Signature et cachet