

DEMANDE D'ADHÉSION

Conventions Collectives des Agences de voyages, Guides
et Accompagnateurs (IDCC 1710 - 412 - 349)

ENTREPRISE ADHÉRENTE

Raison sociale : _____ N° SIRET : _____

Enseigne ou sigle : _____

Forme juridique : _____ Date de création : _____

Adresse du siège social : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Courriel : _____ @ _____

Adresse de correspondance si différente du siège : _____

Convention collective appliquée - IDCC : _____ Code NAF : _____

Je soussigné(e) _____ agissant en qualité de⁽¹⁾ _____.

au nom de l'entreprise ci-dessus, muni(e) de tous les pouvoirs nécessaires, reconnais appliquer la convention Collective Nationale des Agences de voyages et demande à adhérer au contrat de santé dédié à cette CCN.

(1) L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'entreprise, la présente demande doit être signée par un représentant légal de l'entreprise ou, à défaut, par une personne dûment habilitée à prendre cet engagement (joindre dans ce cas le pouvoir délivré à cet effet).

RÉGIME DE BASE CONVENTIONNEL

L'Ensemble du personnel cadre et non cadre relevant de la Convention Collective ci-dessus nommée bénéficie obligatoirement du régime de base conventionnel sans questionnaire médical et sans condition d'ancienneté.

Les ayants droit (conjoint et enfant(s) à charge) peuvent, à la charge du salarié, bénéficier de cette couverture.

LES TARIFS MENSUELS AU 1^{ER} JANVIER 2016

NATURE DES RÉGIMES		RÉGIME DE BASE
ACTIFS	Régime Général	Salarié seul 35,26 €
	Régime Local	Salarié seul 22,92 €

La cotisation du régime de base conventionnel du salarié est financée à hauteur de 50 % minimum par l'employeur.

DATE D'EFFET SOUHAITÉE

Précisez la **date d'entrée en vigueur** du contrat (non rétroactive) : _____

Je déclare avoir reçu et pris connaissance des conditions générales du produit. Je m'engage à m'y conformer et à affilier les membres actuels et futurs des catégories de salariés bénéficiaires.

Fait à : _____

Date : _____

Cachet et signature de l'entreprise adhérente
(précédés de la mention « lu et approuvé »)

À REMPLIR PAR L'INSTITUTION

APPORTEURS	NOM	CODE GROUPE
Interne	_____	_____
Courtier	_____	_____
Agent	_____	_____
CM	_____	_____
Autre	_____	_____

DESTINATAIRE DES DOCUMENTS D'ADHÉSION DU CLIENT (case à cocher)

INTERNE	COURTIER	AGENT	CM
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RETOURNEZ VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION SIGNÉE À L'ADRESSE SUIVANTE :

AG2R LA MONDIALE - Assurance de Personnes Entreprises - TSA 30005 - 92599 Levallois-Perret Cedex

