

DEMANDE D'ADHÉSION

À COMPLÉTER ET À RETOURNER :
organismes-formation@ag2rlamondiale.fr

ENTREPRISE

Raison sociale: _____

Adresse: _____

Code postal: Ville: _____

N° de SIRET: _____

Code APE: _____

Convention Collective Nationale appliquée: _____

Nombre de salariés : Non-cadres : _____ Cadres : _____

REPRÉSENTÉE PAR

Madame Monsieur

Nom: _____ Prénom: _____

Fonction: _____

Email: _____ @ _____

Téléphone:

VOTRE DEMANDE

Je souhaite adhérer, pour mes salariés, au régime* frais de santé :

Régime 1

Régime 2

Date d'adhésion souhaitée :

Je souhaite adhérer, pour mes salariés, au régime* prévoyance :

Date d'adhésion souhaitée :

Je souhaite obtenir des informations complémentaires: _____

Fait à: _____ le

Cachet et signature de l'entreprise :

* Le présent document n'a pas de valeur contractuelle. Seul le bulletin d'adhésion émis engage les parties souscriptrices.

La collecte de vos données personnelles est effectuée par votre assureur dans le cadre d'un traitement relatif à la gestion des fichiers clients et prospects. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, ces informations pourront, sauf opposition de votre part, être communiquées aux membres d'AG2R LA MONDIALE et à leurs partenaires aux fins de vous informer de leurs offres de produits ou de services. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui vous concernent sur simple courrier à AG2R LA MONDIALE, Direction des risques - Conformité, 104-110 boulevard Haussmann 75379 PARIS Cedex 8.