



AG2R LA MONDIALE

SANTÉ
—
Entreprise

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 2018

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

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 sans opposition de votre part, être communiquées aux membres du groupe 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 adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des Risques - Conformité, 104-110 boulevard Haussmann, 75379 PARIS Cedex 08.

AG2R Réunica Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE - 104-110 boulevard Haussmann 75008 Paris - Membre du GIE AG2R Réunica.

