

ATTENTION

Document à joindre impérativement
pour la prise en compte de ce dossier

- Extrait K BIS
- Autorisation de prélèvement
- Relevé d'identité bancaire du compte à prélever
- Demandes individuelles d'affiliation Prévoyance et Frais de Santé

Apporteur :

Ø Nom :

Ø Tampon :



Demande d'adhésion

Frais de Santé**Prévoyance**

L'ENTREPRISE

Dénomination ou raison sociale :

Forme juridique :

Date de création :

Adresse du siège :

Code postal : Ville :

Nom du dirigeant : Agissant en qualité de

Activité principale exercée :

Convention Collective dont relève l'entreprise :

SIRET Code NAF :

L'entreprise poursuit-elle l'exploitation d'un prédécesseur ? oui non
Si oui, joindre le justificatif. À défaut, indiquer la raison sociale, l'adresse et le N° SIREN du prédécesseur.

Préciser la nature de l'opération intervenue avec le prédécesseur (achat, location-gérance, apport de fonds de commerce en totalité ou en partie, ...)

Personne à contacter pour la gestion du contrat

Nom : Fonction :

Adresse de correspondance :

Téléphone : Télécopie :

Email :

de l'entreprise du cabinet comptable Autre :

DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Je soussigné(e) agissant en qualité de déclare sur l'honneur qu'à ce jour, dans l'entreprise

il n'y a pas de salarié en état d'incapacité totale ou partielle de travail, en mi-temps thérapeutique et/ou qui perçoit le versement d'une prestation quelle que soit la nature ou l'origine de celle-ci.

il y a au moins un salarié en état d'incapacité totale ou partielle de travail, en mi-temps thérapeutique et/ou qui perçoit le versement d'une prestation quelle que soit la nature ou l'origine de celle-ci.

il y a pas de salariés ou d'anciens salariés ou leurs ayants droits, bénéficiant de garanties ou de prestations au titre d'un contrat collectif de prévoyance auquel la présente adhésion est appelée à se substituer.

Fait à : Le :

Cachet de l'entreprise : Signature :
(Ecrire « Lu et approuvé »)

LES FRAIS DE SANTE

Régime à adhésion : obligatoire facultatif

Personnel garanti	Nom du produit		Cotisation en % du PMSS*			Date d'effet ⁽¹⁾	Effectif concerné	Taux d'adhésion du collège en %
	Confort N°	Actes hors Nomenclature	Familiale (taux unique)	Isolé	Non Isolé			
<input type="checkbox"/> Cadre								
<input type="checkbox"/> Article 36								
<input type="checkbox"/> Non Cadre								
<input type="checkbox"/> Autres Préciser :								
OBSERVATIONS :								

* : PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

(1) Au plus tôt, au 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande par VIAPI.

LA PRÉVOYANCE

Régime à adhésion : obligatoire

Personnel garanti	Nom du produit	Taux de cotisation			Date d'effet ⁽¹⁾	Effectif concerné	Taux d'adhésion du collège en %
	Sécurité N°	TA	TB	TC			
<input type="checkbox"/> Cadre							
<input type="checkbox"/> Article 36							
<input type="checkbox"/> Non Cadre							
<input type="checkbox"/> Autres Préciser :							
OBSERVATIONS :							

(1) Au plus tôt, au 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande par VIAPI.

Je soussigné(e) Nom, prénom et fonction du signataire : demande à adhérer aux contrats souscrits par VIAPI auprès de AGF Groupe Allianz pour les garanties indiquées ci-dessus.

Fait à : Le :

Cachet de l'entreprise

Signature :