



A retourner à

GROUPE BAC
31 Rue Boissy d'Anglas
75 008 Paris
Tél : 01 47 42 69 44
patricia.malasse@groupebac.com

ENTREPRISE

DEMANDE D'ADHÉSION ENTREPRISE

VEO 3.0 Santé

Ensemble du personnel non affilié à l'AGIRC

Contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire souscrit par Henner (immatriculé à l'ORIAS n°07.002.039 en sa qualité d'intermédiaire d'assurance) auprès d'Uniprévoyance.

ENTREPRISE ADHÉRENTE

RAISON SOCIALE : _____ SIRET : _____
ADRESSE POSTALE : _____
CODE POSTAL : _____ VILLE : _____
EFFECTIF DU COLLÈGE : _____

CORRESPONDANT DE L'ENTREPRISE

MONSIEUR MADAME NOM : _____
PRÉNOM : _____ FONCTION : _____
ADRESSE POSTALE : _____
CODE POSTAL : [] [] [] [] [] [] VILLE : _____ TÉLÉPHONE : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
ADRESSE MAIL : _____

JE SOUHAITE GÉRER SUR INTERNET LES INSCRIPTIONS DES SALARIÉS DÈS LA MISE EN PLACE OUI NON

Si non, elles seront gérées par votre conseiller.

SANTÉ

LES BÉNÉFICIAIRES À ASSURER

RÉGIME GÉNÉRAL

LA DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION EST : ____ / ____ / ____

LA FORMULE CHOISIE

Cochez la structure de cotisation correspondant à la formule de votre choix		ANI
Structure de cotisation Régime Général	Adulte - Enfant	0.691% PMSS - 0.484% PMSS

Payable par prélèvement mensuel obligatoire à terme échu.

Les grilles de garanties figurent en annexe aux Conditions Générales VEO 3.0 SANTÉ. Les tarifs sont exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale, retraduits à titre indicatif suivant le PMSS 2015.

- Uniquement le salarié
 Salarié + Ayant-droit(s)
(si participation employeur sur cotisations des ayant-droits, adhésion ayant-droit(s) obligatoire)

L'Adhérent déclare :

- ▶ Avoir mis en place un régime de frais santé et prévoyance obligatoire par décision unilatérale, accord collectif ou referendum,
- ▶ Avoir été informé que la présente demande d'adhésion est valable 6 mois à compter de la date d'émission,
- ▶ Avoir reçu au préalable un exemplaire de la fiche d'information et de conseil,
- ▶ Avoir reçu au préalable un exemplaire des Conditions Générales du contrat d'assurance collective n° et ses annexes et en avoir pris connaissance,
- ▶ Certifier la conformité et l'exactitude des informations concernant la déclaration du personnel.

En signant la présente Demande d'Adhésion, l'Adhérent reconnaît avoir été informé que son adhésion est conclue à la présente date de signature. Sous réserve de l'acceptation par Henner, la date d'effet souhaitée correspond au point de départ des garanties.

FAIT À : _____

LE : ____ / ____ / ____

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

PRÉCÉDÉE DE LA MENTION "LU ET APPROUVÉ" :



