

Contrat souscrit auprès du cabinet Diffusion Santé

Identification de l'entreprise

Raison sociale : _____

Code NAF : _____ Forme juridique : _____

Numéro de siret : _____

Complément d'adresse : _____

Bât. : _____ Entrée : _____ Porte : _____ Esc. : _____

N° de voie : _____ Type de voie : _____

Nom de la voie : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Fax : _____ E.mail : _____

Nom du correspondant " gestion du personnel " : _____

Contrat à adhésion obligatoire – Personnel Cadre

Effectif assuré : _____ Date de prise d'effet des garanties : _____

Garanties choisies : DFSMG Cadre 1 DFSMG Cadre 2

*Je soussigné(e) : agissant en qualité de : _____
dûment habilité(e) à représenter l'entreprise, déclare souscrire à la date d'effet susmentionnée un contrat collectif Prévoyance
obligatoire auprès de La Mutuelle Générale pour les garanties et les catégories de personnel indiquées et certifie sincères et
exactes les informations mentionnées ci-dessus.*

Je m'engage à adresser au gestionnaire la liste du personnel assuré à la date de prise d'effet du contrat.

Fait à :
le :
Signature

Cachet de l'Entreprise