

Diffusion Santé

Bulletin d'adhésion entreprise

A remplir en noir et en lettres majuscules – tous les champs sont obligatoires

Raison sociale : _____
Code APE / NAF : _____ IDCC : _____
Forme juridique : _____
Numéro de SIREN : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone : |_|_| / |_|_| / |_|_| / |_|_| / |_|_| Fax : |_|_| / |_|_| / |_|_| / |_|_| / |_|_|
Mail : _____ @ _____
Nom du correspondant « Gestion du personnel » _____

Contrat collectif à adhésion obligatoire

Personnel assuré _____ Personnel affilié AGIRC
Effectif assuré _____ Personnel non affilié AGIRC
Date de prise d'effet des garanties |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| Ensemble du personnel

COTISATIONS – vous avez le choix entre :

Unique* Isolé/famille Adulte/enfant 1 personne / 2 personnes / 3 personnes et +

Garanties choisies

Socle ANI DS 250 DS 350 DS 450

Je soussigné(e) _____ agissant en qualité de _____
et dûment habilité(e) à représenter l'entreprise, déclare souscrire, à la date d'effet susmentionnée un contrat collectif
santé à **adhésion obligatoire** auprès de France Mutuelle 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 de contrat

Fait à _____ Le _____

Cachet et signature précédée de la mention
« Lu et Approuvé ».

* Cette structure tarifaire n'est applicable qu'aux entreprises de plus de 5 salariés

Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, les informations collectées sont nécessaires au traitement de votre demande et à l'envoi de documents commerciaux. Elles nous sont destinées ainsi qu'à nos partenaires contractuels. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des sources qui vous concernent à l'adresse suivante : France Mutuelle – Correspondant informatique et libertés - Centre de Gestion – 10, rue du 4 Septembre CS 11601 75089 Paris cedex 02.

