

Assurances Collectives

Prévoyance et Santé

Affaire présentée par :

*Cachet du Conseiller à placer sur les
3 exemplaires de la liasse*

Demande d'adhésion

N° de Client Intermédiaire / Création d'entreprise
 Affaire nouvelle Remplacement Date de création

N° Siret Code NAF

Raison sociale et sigle de l'Entreprise
 Siège (adresse complète)

Nature de l'activité principale
 Adresse pour la correspondance (s'il y a lieu)

Téléphone Fax e.mail

Filiale de

Forme juridique

Registre du commerce : Ville N°

Raison sociale précédente (éventuellement)

Convention Collective appliquée N°

Catégorie(s) de personnel à affilier :

Cadre Article 36 Agent de maîtrise Employé Ouvrier Autre

Effectif de l'entreprise Effectif total de la ou des catégories désignées

Âge moyen de la catégorie de personnel à assurer

Date d'effet

(Premier jour du mois qui suit la date de réception du dossier complet auprès d'AGF au plus tôt)

Voir page 4, les pièces à fournir constituant le dossier complet.

Prévoyance	Taux de cotisation ¹
Formule choisie : <input type="checkbox"/> Formule cadre à 1,50 % <input type="checkbox"/> Projet joint (réf. projet)	<input type="checkbox"/> TA % <input type="checkbox"/> TB % <input type="checkbox"/> TC % <input type="checkbox"/> PSS %
Observations	

Santé	Taux de cotisation
Régime d'assurance maladie : <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Alsace Moselle	en % du plafond de la Sécurité sociale (PSS)
Formule choisie : <input type="checkbox"/> Essentiel <input type="checkbox"/> Excellence <input type="checkbox"/> Confort <input type="checkbox"/> Excellence + <input type="checkbox"/> Confort +	
Type de cotisation : <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Isolé/Non isolé %
Classe d'âge : <input type="checkbox"/> Salarié seul	
Classe d'âge : <input type="checkbox"/> 18 - 30 ans <input type="checkbox"/> 31 - 35 ans <input type="checkbox"/> 36 - 40 ans <input type="checkbox"/> 41 - 45 ans <input type="checkbox"/> 46 - 50 ans <input type="checkbox"/> 51 - 55 ans <input type="checkbox"/> 56 ans et plus	
Effectif assuré : <input type="checkbox"/> 1 à 9 <input type="checkbox"/> 10 à 19 <input type="checkbox"/> 20 et plus	
Zone : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
Garantie frais d'obsèques : <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autre : joindre projet (réf.)	

Je, soussigné(e), (Nom, Prénom)
 agissant en qualité de
 certifie que tous les salariés concernés par cette demande d'adhésion seront affiliés sans aucune exception.

Je joins à la présente demande :

- un chèque d'acompte de euros à l'ordre d'AGF Vie (le paiement de l'acompte ne vaut pas acceptation du risque par l'Assureur),
- **les pièces indiquées en page 4** « Pièces à fournir constituant le dossier complet ».

À le Signature et Cachet de l'Entreprise, précédés de la mention « Lu et approuvé »

Conformément aux termes de la loi n° 78-17 du 06.01.1978, l'Entreprise ou tout intéressé peut demander communication, rectification ou opposition de toute information le concernant. Ce droit peut être exercé en s'adressant à AGF Vie. Ces informations sont nécessaires à la gestion des contrats par AGF Vie et ses éventuels mandataires.

¹ Les taux de cotisation prévoyance sont donnés à titre indicatif sur la base du projet établi sous réserve de l'étude des dossiers médicaux et n'ont aucune valeur contractuelle.

Demande d'adhésion

N° de Client Intermédiaire / Création d'entreprise
 Affaire nouvelle Remplacement Date de création

N° Siret Code NAF

Raison sociale et sigle de l'Entreprise
 Siège (adresse complète)

Nature de l'activité principale
 Adresse pour la correspondance (s'il y a lieu)

Téléphone Fax e.mail

Filiale de

Forme juridique

Registre du commerce : Ville N°

Raison sociale précédente (éventuellement)

Convention Collective appliquée N°

Catégorie(s) de personnel à affilier :

Cadre Article 36 Agent de maîtrise Employé Ouvrier Autre

Effectif de l'entreprise Effectif total de la ou des catégories désignées

Âge moyen de la catégorie de personnel à assurer

Date d'effet

(Premier jour du mois qui suit la date de réception du dossier complet auprès d'AGF au plus tôt)

Voir page 4, les pièces à fournir constituant le dossier complet.

Prévoyance	Taux de cotisation ¹												
Formule choisie : <input type="checkbox"/> Formule cadre à 1,50 % <input type="checkbox"/> Projet joint (réf. projet)	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TA</td> <td>TB</td> <td>TC</td> <td>PSS</td> </tr> <tr> <td>.....%</td> <td>.....%</td> <td>.....%</td> <td>.....%</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TA	TB	TC	PSS%%%%
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
TA	TB	TC	PSS										
.....%%%%										
Observations													

Santé	Taux de cotisation
Régime d'assurance maladie : <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Alsace Moselle	en % du plafond de la Sécurité sociale (PSS)
Formule choisie : <input type="checkbox"/> Essentiel <input type="checkbox"/> Excellence <input type="checkbox"/> Confort <input type="checkbox"/> Excellence + <input type="checkbox"/> Confort +	
Type de cotisation : <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Isolé/Non isolé %
Classe d'âge : <input type="checkbox"/> Salarié seul	
<input type="checkbox"/> 18 - 30 ans <input type="checkbox"/> 31 - 35 ans <input type="checkbox"/> 36 - 40 ans <input type="checkbox"/> 41 - 45 ans <input type="checkbox"/> 46 - 50 ans <input type="checkbox"/> 51 - 55 ans <input type="checkbox"/> 56 ans et plus	
Effectif assuré : <input type="checkbox"/> 1 à 9 <input type="checkbox"/> 10 à 19 <input type="checkbox"/> 20 et plus	
Zone : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
Garantie frais d'obsèques : <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autre : joindre projet (réf.)	

Je, soussigné(e), (Nom, Prénom)
 agissant en qualité de
 certifie que tous les salariés concernés par cette demande d'adhésion seront affiliés sans aucune exception.

Je joins à la présente demande :

- un chèque d'acompte de euros à l'ordre d'AGF Vie (le paiement de l'acompte ne vaut pas acceptation du risque par l'Assureur),
- **les pièces indiquées en page 4** « Pièces à fournir constituant le dossier complet ».

À le Signature et Cachet de l'Entreprise, précédés de la mention « Lu et approuvé »

Conformément aux termes de la loi n° 78-17 du 06.01.1978, l'Entreprise ou tout intéressé peut demander communication, rectification ou opposition de toute information le concernant. Ce droit peut être exercé en s'adressant à AGF Vie. Ces informations sont nécessaires à la gestion des contrats par AGF Vie et ses éventuels mandataires.

¹ Les taux de cotisation prévoyance sont donnés à titre indicatif sur la base du projet établi sous réserve de l'étude des dossiers médicaux et n'ont aucune valeur contractuelle.

Demande d'adhésion

N° de Client Intermédiaire / Création d'entreprise
 Affaire nouvelle Remplacement Date de création

N° Siret Code NAF

Raison sociale et sigle de l'Entreprise
 Siège (adresse complète)

Nature de l'activité principale
 Adresse pour la correspondance (s'il y a lieu)

Téléphone Fax e.mail

Filiale de

Forme juridique

Registre du commerce : Ville N°

Raison sociale précédente (éventuellement)

Convention Collective appliquée N°

Catégorie(s) de personnel à affilier :

Cadre Article 36 Agent de maîtrise Employé Ouvrier Autre

Effectif de l'entreprise Effectif total de la ou des catégories désignées

Âge moyen de la catégorie de personnel à assurer

Date d'effet

(Premier jour du mois qui suit la date de réception du dossier complet auprès d'AGF au plus tôt)

Voir page 4, les pièces à fournir constituant le dossier complet.

Prévoyance	Taux de cotisation ¹
Formule choisie : <input type="checkbox"/> Formule cadre à 1,50 % <input type="checkbox"/> Projet joint (réf. projet)	<input type="checkbox"/> TA % <input type="checkbox"/> TB % <input type="checkbox"/> TC % <input type="checkbox"/> PSS %
Observations	

Santé	Taux de cotisation
Régime d'assurance maladie : <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Alsace Moselle	en % du plafond de la Sécurité sociale (PSS)
Formule choisie : <input type="checkbox"/> Essentiel <input type="checkbox"/> Excellence <input type="checkbox"/> Confort <input type="checkbox"/> Excellence + <input type="checkbox"/> Confort +	
Type de cotisation : <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Isolé/Non isolé %
Classe d'âge : <input type="checkbox"/> Salarié seul	
Classe d'âge : <input type="checkbox"/> 18 - 30 ans <input type="checkbox"/> 31 - 35 ans <input type="checkbox"/> 36 - 40 ans <input type="checkbox"/> 41 - 45 ans <input type="checkbox"/> 46 - 50 ans <input type="checkbox"/> 51 - 55 ans <input type="checkbox"/> 56 ans et plus	
Effectif assuré : <input type="checkbox"/> 1 à 9 <input type="checkbox"/> 10 à 19 <input type="checkbox"/> 20 et plus	
Zone : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
Garantie frais d'obsèques : <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autre : joindre projet (réf.)	

Je, soussigné(e), (Nom, Prénom)
 agissant en qualité de
 certifie que tous les salariés concernés par cette demande d'adhésion seront affiliés sans aucune exception.

Je joins à la présente demande :

- un chèque d'acompte de euros à l'ordre d'AGF Vie (le paiement de l'acompte ne vaut pas acceptation du risque par l'Assureur),
- **les pièces indiquées en page 4** « Pièces à fournir constituant le dossier complet ».

À le Signature et Cachet de l'Entreprise, précédés de la mention « Lu et approuvé »

Conformément aux termes de la loi n° 78-17 du 06.01.1978, l'Entreprise ou tout intéressé peut demander communication, rectification ou opposition de toute information le concernant. Ce droit peut être exercé en s'adressant à AGF Vie. Ces informations sont nécessaires à la gestion des contrats par AGF Vie et ses éventuels mandataires.

¹ Les taux de cotisation prévoyance sont donnés à titre indicatif sur la base du projet établi sous réserve de l'étude des dossiers médicaux et n'ont aucune valeur contractuelle.

Assurance provisoire

Préalablement à la régularisation des dispositions particulières lorsque AGF a reçu le dossier d'adhésion complet de l'Entreprise, les membres de la catégorie de personnel à assurer bénéficient provisoirement des garanties demandées ¹ pour les conséquences d'un accident ², sous réserve que les intéressés :

- remplissent les conditions requises pour obtenir leur affiliation et figurent sur la liste nominative,
- ne bénéficient pas, dans la même entreprise, au titre d'un autre contrat collectif de prévoyance et pour les mêmes risques, de garanties de même nature à celles souhaitées à la demande d'adhésion.

Cette Assurance provisoire entre en vigueur, au plus tôt, à la date de signature de la demande d'adhésion ou si elle lui est postérieure, à la date d'effet de l'adhésion demandée par l'Entreprise.

Elle prend fin lorsque l'adhésion prend effet ou lorsque AGF a fait connaître ses conditions d'acceptation ou son refus et, au plus tard, deux mois après, soit sa date d'entrée en vigueur, soit la date de la dernière demande de renseignements par AGF si celle-ci n'a fait l'objet d'aucune réponse de l'Entreprise ou du Salarié.

Pièces à fournir constituant le dossier complet

Joindre à la présente demande d'adhésion y compris la **liste du personnel et les listes annexes** attestées par l'Entreprise page 3, les pièces suivantes :

Dans tous les cas :

Pour l'Entreprise

- Chèque d'acompte

Pour chaque salarié

- Demande individuelle d'affiliation
- Des formalités médicales peuvent être demandées ultérieurement par AGF

Lorsque des salariés sont en arrêt de travail ou lorsque des garanties ou prestations sont en cours à la date d'effet (voir tableaux B et C, page 3) :

Pour l'Entreprise

- Liste des personnes concernées
- Copie des contrats concernant les garanties ou prestations en cours

Dans le cas de la création d'entreprise :

Pour l'Entreprise

- Extrait du registre du commerce K bis
- Copie de la première fiche de paie du premier cadre embauché

Votre interlocuteur habituel AGF est en mesure d'étudier toutes vos demandes et réclamations.

Si, au terme de cet examen, les réponses données ne satisfont pas l'attente des Assurés, ces derniers peuvent adresser leur réclamation à :

AGF Collectives – Service Relations Clientèle – Tour Neptune – 20, place de Seine – 92086 La Défense Cedex.

Enfin, en cas de désaccord définitif entre nous relatif à une garantie, l'Assuré aura la faculté de faire appel au médiateur, dont nous fournissons, sur simple demande, les coordonnées, et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

¹ Le traitement de référence pour la détermination des garanties provisoires est limité à quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.
² Par « accident », on entend toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine et inattendue d'une cause extérieure, à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique.