

## 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 assuré :  cadres  non cadres  ensemble du personnel

Effectif assuré : \_\_\_\_\_ Date de prise d'effet des garanties : \_\_\_\_\_

COTISATIONS - vous avez le choix entre deux formules :  unique  isolé/famille

Garanties choisies :  DS 250  DS350  DS450

*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 santé  
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