

Code groupe (réservé à l'assureur) :

La présente proposition n'engage ni l'assuré, ni l'assureur. Seul le contrat ou la note de couverture constate leurs engagements respectifs. Tout règlement qui pourrait accompagner cette proposition ne préjuge pas de l'engagement de l'assureur et tiendra lieu d'acompte lors de la régularisation du contrat.

**Entreprise souscriptrice**

N° de siret /siren :

Raison / Dénomination sociale : ..... Entreprise / Sigle .....

Adresse : .....

Code postal ..... Commune : .....

Tél. : ..... Fax : ..... e-mail : .....

Adresse de correspondance : .....

Code postal ..... Commune : .....

Forme juridique : ..... Date de création : .....

Identité du contact : ..... Qualité : .....

Tél. : ..... Fax : ..... e-mail : .....

**Activité**

Code NAF / APE :

Activité principale : .....

Convention Collective appliquée : ..... N° CCN : .....

**Effectif**

Nombre total de salariés :

Cadres : ..... Non cadres : ..... Autres : .....

**Garanties Prévoyance**

- **Date d'effet souhaitée** : .....
- **Collège assuré** :  Cadres  Non cadres  Ensemble du personnel
- **Garanties** :  Franchise 45 jours  Franchise 90 jours  
 Formule 1  Formule 2  Formule 3 Taux : .....TA .....TB .....TC
- **Options** :  Rente de conjoint 10% TA TB TC  
 Rente de conjoint 20% TA TB TC Taux : .....TA .....TB .....TC
- **Taux de cotisation total** : .....TA .....TB .....TC

**Garanties Santé**

- **Date d'effet souhaitée** : .....
- **Collège assuré** :  Cadres  Non cadres  Ensemble du personnel
- **Garanties** :  Formule 1  Formule 2  Formule 3
- **Taux de cotisation** :  Famille : .....%  
 Isolé : .....% - Chargé de Famille : .....%

**Renseignements complémentaires et pièces jointes**

Nombre de bulletin d'adhésion ? ..... Classe tarifaire prévoyance : .....

 Salariés en arrêt de travail ? oui  non  (si oui, joindre les documents nécessaires)

Assureur précédent : .....

Commentaires :

 Date :  
 Signature du client :

Signature du conseiller AON :