



BULLETIN D'ADHESION ENTREPRISE*

CCN 3117 – Boulangerie Artisanale FRAIS DE SANTE

Je soussigné,
agissant pour le compte de l'entreprise ci-dessous désignée, en qualité de

Raison sociale :
Adresse :
Tél : Fax :
Forme juridique : Date de création
Activité :
N° Siret : N°IDCC :
Code APE (NAF) : Effectif :

FRAIS DE SANTE		
Type de cotisations	Option*	Cotisations
<input checked="" type="checkbox"/> ENSEMBLE PERSONNEL	★ Assuré Seul CCN3117	1.36 % du PMSS

Régime à adhésion ★ Obligatoire	
L'ancienneté est-elle requise ? ★ OUI <input type="checkbox"/> NON	Nombre de mois : Un mois

1. L'adhésion est subordonnée à la présence d'au moins un salarié.
 2. L'adhésion est normalement acquise à effet du 1^{er} jour du mois suivant la date de signature du présent bulletin d'adhésion. Un double vous sera retourné après acceptation du dossier.
- Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales du contrat et des modalités d'application et de gestion.

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT → par salarié :

- Une demande individuelle d'affiliation,
- Un relevé d'identité bancaire,
- La photocopie de l'attestation de la caisse primaire d'assurance maladie.

Fait à : Le :		Date d'effet :
		Code correspondant : 3800 Signature correspondant :
Signature	Cachet de l'entreprise	N° de contrat : _____

Au contrat groupe souscrit par l'association Abela auprès de Groupama Gan Vie 4-8 cours Michelet - 92082 La Défense Cedex.