



- BULLETIN D'ADHÉSION
- BULLETIN DE MODIFICATION

À remplir par l'employeur en lettres capitales au stylo noir.

## → Identification de l'entreprise

Numéro SIRET : 383967346 00016      Numéro d'adhérent (si déjà adhérent) : 210538  
 Raison sociale : SAS DOMAINE AF GROS  
 Forme juridique : SAS  
 Date de création de l'entreprise : 07/01/1992      Code NAF : 0121Z  
 Adresse : 5 GRANDE RUE  
 Complément d'adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : 21630      Ville : Ponnard  
 Téléphone : 03 80 226185      Portable : \_\_\_\_\_  
 Courriel : Contact @ af-gros.com  
 Nom du correspondant : Mme ANNE FRANÇOISE PARENT - GROS - P.D.G.

## → Adhésion aux offres complémentaires

### • Déclaration

Je soussigné(e) : Mme Anne Françoise PARENT GROS  
 Agissant en qualité de PDG ayant pouvoir d'engager l'entreprise précitée.

### • Adhésion

Je déclare adhérer, en complément des garanties du régime collectif prévues par la Convention Collective Nationale de 1952, aux produits facultatifs suivants :

Formule	Garantie	Cotisation
<b>Capital décès</b>		
<input type="checkbox"/> Formule 1	Capital de 250 % du salaire de référence, montant doublé en cas de décès par accident et au titre de la garantie double effet	1,00 % du SAB*
<input type="checkbox"/> Formule 2 +	Capital de 200 % du salaire de référence, montant doublé en cas de décès par accident et au titre de la garantie double effet.	0,80 % du SAB*
<input type="checkbox"/> Formule 2	Capital de 150 % du salaire de référence, montant doublé en cas de décès par accident et au titre de la garantie double effet.	0,60 % du SAB*
<input type="checkbox"/> Formule 3	Capital de 50 % du salaire de référence + majoration enfant de 50 % du salaire de référence, doublement accident toutes causes et garantie double effet.	0,40 % du SAB*
<input type="checkbox"/> Formule 4	Capital de 150 % du salaire de référence en cas de décès accidentel uniquement.	0,06 % du SAB*
<input type="checkbox"/> Formule modulable	<b>Merci de vous rapprocher de votre conseiller AGRICA</b> Capital de .....% du salaire de référence + majoration enfant de .....% du salaire de référence, montant doublé en cas de décès par accident et au titre de la garantie double effet.	<b>Merci de vous rapprocher de votre conseiller AGRICA</b> .....% du SAB*
<b>Incapacité temporaire de travail</b>		
<input type="checkbox"/> Formule 1	Versement d'indemnités journalières à compter du 1 <sup>er</sup> jour d'arrêt de travail.	0,19 % TA et 0,22 % TB/TC
<b>Rente de conjoint OCIRP</b>		
<input type="checkbox"/> Formule 1	Rente temporaire 6 % du salaire de référence + rente viagère 12 % + majoration enfant 10 % ou rente d'orphelin 10 % ou capital substitutif 50 % (uniquement si l'assuré est célibataire, veuf ou divorcé à son décès).	0,63 % du SAB* TA/TB/TC
<input type="checkbox"/> Formule 2	Rente temporaire 5 % du salaire de référence + rente viagère 8 % + majoration enfant 10 % ou rente d'orphelin 10 % ou capital substitutif 50 % (uniquement si l'assuré est célibataire, veuf ou divorcé à son décès).	0,53 % du SAB* TA/TB/TC
<input type="checkbox"/> Formule 3	Rente temporaire 5 % du salaire de référence + rente viagère 5 % + majoration enfant 10 % ou rente d'orphelin 10 % ou capital substitutif 50 % (uniquement si l'assuré est célibataire, veuf ou divorcé à son décès).	0,39 % du SAB* TA/TB/TC
<input type="checkbox"/> Formule 4	Rente temporaire 10 % du salaire de référence + majoration enfant 10 % ou rente d'orphelin 10 % ou capital substitutif 50 % (uniquement si l'assuré est célibataire, veuf ou divorcé à son décès).	0,27 % du SAB* TA/TB/TC
<input type="checkbox"/> Formule 5	Rente temporaire 5 % du salaire de référence + majoration enfant 10 % ou rente d'orphelin 10 % du capital substitutif (uniquement si l'assuré est célibataire, veuf ou divorcé à son décès).	0,15 % du SAB* TA/TB/TC

\* Salaire Annuel Brut

Formule	Garantie	Cotisation
<b>Santé +</b>		
<input type="checkbox"/> Formule 1	Module Soins.	Forfait 10 €/ mois /famille
<input type="checkbox"/> Formule 2	Module Soins + Module Hospitalisation et Transports.	Forfait 16 €/ mois /famille
<input type="checkbox"/> Formule 3	Module Soins + Module Optique.	Forfait 16 €/ mois /famille
<input type="checkbox"/> Formule 4	Module Soins + Module Dentaire.	Forfait 16 €/ mois /famille
<input type="checkbox"/> Formule 5	Module Soins + Module Hospitalisation et Transports + Module Optique + Module Dentaire.	Forfait 25 €/ mois /famille

**Retraite Supplémentaire – Supplément de taux**

Supplément de taux

Versement d'une rente viagère lors du départ à la retraite, réversible en cas de décès.  
*Vous devez vous assurer que le choix du taux de cotisation que vous effectuez permet bien à tous les salariés constituant le groupe assuré de cotiser au régime et se constituer des droits.*

**Cotisation sur la totalité du salaire**

: .....% (par palier de 0,1%)

**Cotisation par tranche de salaire**  
(par palier de 0,1%)

: TA : 1 %  
 et/ou TB : 0,50 %  
 et/ou TC : 0,50 %  
 et/ou TD : .....%

**• Bénéficiaires**

Les bénéficiaires de la ou des garanties optionnelles souscrites sont les suivants :

- Ensemble des salariés relevant de la CCN de 1952 (art.4, 4 bis, 36 au sens de l'Agirc) ;
- Articles 4 et 4 bis ;
- Article 4.

**➔ Date d'effet**

L'adhésion au contrat prend effet : 1/1/2020

- le 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit la réception du présent bulletin par la CPCEA.
- à une date ultérieure, le 1<sup>er</sup> jour du mois civil fixé ci-après : 0,1 /      /

**➔ Déclaration de l'entreprise**

- Je confirme l'exactitude des déclarations qui sont portées sur le présent bulletin d'adhésion.
- Je déclare avoir pris connaissance du devis conseil personnalisé et l'avoir signé.
- Je déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales relatives aux options souscrites.
- Je déclare avoir reçu la ou les Notice(s) d'information du ou des contrat(s) souscrit(s) et m'engage, conformément à l'article L. 932-6 du Code de la Sécurité sociale, à en remettre un exemplaire à chacun des salariés du groupe assuré, présents et à venir.
- Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative au traitement des données à caractère personnel figurant dans les Conditions Générales qui m'ont été remises préalablement à l'adhésion et reconnais le caractère obligatoire des réponses à l'ensemble des questions posées.
- Je déclare avoir pris connaissance de l'information précontractuelle comprenant le document d'information sur le produit d'assurance, les informations d'ordre général ainsi que la fiche conseil.

Fait à : Pommard  
 Le : 30/09/2020

**SAS DOMAINE AF GROS**  
 5 Grande Rue - 21630 Pommard  
 SIRET 383 967 346 00016  
 T.V.A. FR 84 383 967 346

Signature du représentant mandaté précédée de la mention « lu et approuvé »  
 et du cachet de l'entreprise

*Lu et approuvé*

