

**Convention Collective Nationale de 1952**  
**Offres complémentaires**

- BULLETIN D'ADHÉSION  
 BULLETIN DE MODIFICATION

**AGRICA PRÉVOYANCE**  
Proches par nature, engagés à vos côtés.



**Identification de l'entreprise**

Numéro SIRET: 38396734600016 Numéro adhérent (si déjà client): 210538  
Raison Sociale: SAS DOMAINE AF GROS  
Forme juridique: SAS  
Date de création de l'entreprise: 07/01/1992 Code NAF: 0212  
Adresse: 5 GRANDE RUE  
Complément d'adresse: \_\_\_\_\_  
Code postal: 21630 Ville: POMHARD  
Téléphone: 0380226185 Portable: \_\_\_\_\_  
Courriel: contact@af-gros.com  
Nom du correspondant: ROBERT BETHUNE CORINNE COMPTABILITÉ

**Adhésion aux offres complémentaires**

▼ **Déclaration**  
Je soussigné(e) 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 checked="" 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	Merci de vous rapprocher de votre conseiller AGRICA	
<b>Incapacité 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 % IA et 0,22 % IB/IC
<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 % ou capital substitutif (uniquement si l'assuré est célibataire, veuf ou divorcé à son décès)	0,15 % du SAB* TA/TB/TC

\* SAB : salaire annuel brut

## Santé +

<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

## Plan d'Épargne Retraite – 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% \_\_\_\_\_ %

et/ou TB \_\_\_\_\_ %

et/ou TC \_\_\_\_\_ %

et/ou TD \_\_\_\_\_ %

## Bénéficiaires

Les bénéficiaires de la ou des garanties complémentaires sont les suivants

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

## Date d'effet

L'adhésion au contrat prend effet :

- le 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit la réception du présent bulletin par CPCEA

à la date suivante : 01/01/2023

## Déclaration de l'entreprise

- Je confirme l'exactitude des déclarations qui sont portées sur le présent bulletin d'adhésion
- Je déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales relatives aux options souscrites
- Je déclare avoir reçu la Notice 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 le devis valant avis de conseil.

Fait à Pommard

Le 13/12/2022

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

*Lu et approuvé*  
**SAS DOMAINE AF GROS**  
 5 Grande Rue - 21630 Pommard  
 SIRET 383 967 340 00016  
 T.V.A. FR 84 383 967 346

AGRICA PREVOYANCE représente CPCEA - Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 4, Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS Cedex 09 - SIRET - 784 411 134 00033 - Membre du GIE AGRICA GESTION - RCS Paris n°493 373 682 - Siège social - 21 rue de la Bienfaisance 75008 Paris - Tél : 01 71 21 00 00 - Fax : 01 71 21 00 01 [www.groupagricic.com](http://www.groupagricic.com)

OCIRP - Organisme commun des institutions de rente et de prévoyance - Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale 17, rue de Marignan, 75008 Paris