

## IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

RAISON SOCIALE \_\_\_\_\_ DISCIPLINE \_\_\_\_\_  
 SIRET \_\_\_\_\_ CODE NAF \_\_\_\_\_ CCN \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 CP [ ][ ][ ][ ] VILLE \_\_\_\_\_ TÉL. [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 FAX [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] SITE WEB \_\_\_\_\_

### REPRÉSENTANT LÉGAL

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_  
 FONCTION \_\_\_\_\_ TÉL. [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 PORTABLE [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] EMAIL \_\_\_\_\_

### CORRESPONDANT EN CHARGE DE LA MUTUELLE

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_  
 FONCTION \_\_\_\_\_ TÉL. [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 PORTABLE [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] EMAIL \_\_\_\_\_

Cochez la case si ce correspondant doit également être destinataire des appels de cotisations. Dans le cas contraire, nous indiquer les coordonnées de la personne sur papier libre.

## MODALITÉS DE MISE EN PLACE

DUE  RÉFÉRENDUM  ACCORD D'ENTREPRISE

## GARANTIE

BASE

Vos salariés auront la possibilité de renforcer à titre individuel et facultatif leurs garanties en souscrivant une des options proposées.

## CONDITIONS D'AFFILIATION

### COUVERTURE DES AYANTS DROIT

Facultative

### CATÉGORIE DES SALARIÉS COUVERTS À TITRE OBLIGATOIRE

Ensemble des salariés

Nombre de salariés couverts \_\_\_\_\_

### PRÉCOMPTE SUR SALAIRE

Vous avez l'obligation de précompter, sur le salaire de votre salarié, les cotisations relatives à la BASE.

Précompte des cotisations de la BASE pour le salarié

Les cotisations des ayants droit de vos salariés et des options facultatives seront directement prélevées sur le compte bancaire de vos salariés.

## DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION

Au plus tôt le premier jour du mois de la réception de la demande de souscription.

[ 0 | 1 | ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

## STRUCTURE TARIFAIRE

Salarié/Conjoint/Enfant

Montant des cotisations annuelles prévisionnelles :

\_\_\_\_\_ €/an

## CONDITIONS DE COTISATION

PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT  Trimestrielle

TERME  Échu

RÉGIME  Général  Local (Alsace-Moselle)

## PIÈCES À JOINDRE

- Liste des effectifs sur laquelle figurent : nom, prénom, date de naissance et régime (Général, Alsace Moselle) de chaque salarié.
- Les Bulletins Individuels d'Affiliation de vos salariés, avec la présente demande de souscription ou dès obtention
- Extrait Kbis ou copie des statuts ou de l'acte de parution au JO

Je soussigné \_\_\_\_\_  
 agissant en qualité de \_\_\_\_\_  
 déclare avoir le pouvoir d'engager l'entreprise. Je certifie exactes et sincères les mentions portées sur la présente demande de souscription. Je reconnais avoir pris connaissance des Conditions Générales du contrat objet de la présente, ainsi que des statuts des coassureurs.

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Cachet de l'entreprise et signature précédée de la mention «lu et approuvé»

### Cadre réservé SMI/MMA

Code porteur \_\_\_\_\_  
 N° Contrat \_\_\_\_\_

À retourner par courrier à  
 MMA ATRC

1, allée du Wacken 67978 Strasbourg Cedex 9

À retourner par email à  
 atrc@groupe-mma.fr

Coassureurs :

MMA IARD Assurances Mutuelles - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes - RCS Le Mans 775 652 126

MMA IARD - Société anonyme, au capital de 537.052.368 euros - RCS Le Mans 440 048 882 - Sièges sociaux : 14 Boulevard Marie et Alexandre Oyon 72030 Le Mans Cedex 9 - Entreprises régies par le Code des assurances

Coassureur gestionnaire : SMI - Mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN 784 669 954 - Agréée pour les branches 1, 2, 20 et 21 - Siège social : 2, rue de Laborde - 75374 Paris Cedex 08