

1/ Entreprise

Raison sociale : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
N° de SIRET : _____
Code APE : _____
Nombre de salariés : Non cadres : _____
Cadres : _____

2/ Représentée par

☐ M. ☐ Mme

Nom : _____
Prénom : _____
Fonction : _____
Email : _____
Téléphone : _____

Fait à : _____
Date : _____

Ce document doit être signé par une personne ayant pouvoir d'engager l'entreprise.

Cachet et signature de l'entreprise :

3/ Votre demande

Je souhaite adhérer, pour mes salariés, au régime* :

☐ Structure 1 :

- ☐ base (salariés)
- ☐ ou base + option 1 (salariés)**
- ☐ ou base + option 2 (salariés)**

☐ Structure 2 :

- ☐ base (salariés + enfants à charge)
- ☐ base + option 1 (salariés + enfants à charge) **
- ☐ base + option 2 (salariés + enfants à charge) **

☐ Structure 3 :

- ☐ base + option 2 (famille) **

Date d'adhésion souhaitée : _____

* Ce formulaire n'a pas valeur contractuelle. Un contrat d'adhésion vous sera proposé après étude de cette demande dûment remplie et des compléments d'information qui pourraient être nécessaires. Seul le contrat finalisé engagera votre entreprise et AG2R Prévoyance.

** Je note que les formules améliorées doivent être mises en place par un acte juridique interne.

☐ Je souhaite obtenir des informations complémentaires :
