

# PROPOSITION DE SOUSCRIPTION

Assurance complémentaire Frais de Santé des salariés non cadres  
des Exploitations Viticoles de la Champagne Délimitée



EN PARTENARIAT AVEC



DATE D'EFFET DU CONTRAT : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

RESERVE A L'ASSUREUR

N° DE CONTRAT : \_\_\_\_\_

Document à retourner à :  
GROUPAMA NORD-EST  
Pôle Prévoyance Collective  
12 boulevard Roederer  
CS 20049  
51054 REIMS Cedex 2

La présente proposition n'engage ni l'entreprise, ni l'assureur. Seul le contrat constate leurs engagements respectifs. Tout règlement qui pourrait accompagner cette proposition ne préjuge pas de l'engagement de l'assureur et tiendra lieu d'acompte lors de la régularisation du contrat.

## SOUSCRIPTEUR

Raison sociale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal |\_|\_|\_|\_| Commune \_\_\_\_\_

Téléphone |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| E-mail \_\_\_\_\_

N° SIRET |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Activité \_\_\_\_\_ Code NAF \_\_\_\_\_

Forme juridique \_\_\_\_\_ Date de création |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Effectif de l'entreprise \_\_\_\_\_

## GARANTIES

Je souscris à la garantie santé

Catégorie de personnel	Effectif	Type de cotisation	Formule	Taux de cotisations	Date d'effet souhaitée
<input checked="" type="checkbox"/> salariés non cadres		Salarié seul	<input checked="" type="checkbox"/> Formule SOCLE	1,23% PMSS* en 2021	

\* PMSS 2021 = 3428 €

Le rattachement des ayants-droit est laissé au libre choix du salarié.

## INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les données personnelles vous concernant sont traitées dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et des normes édictées par la CNIL. Leur traitement est nécessaire à la gestion de votre affiliation et de vos garanties. Elles sont destinées à l'intermédiaire d'assurance, votre assureur et son distributeur, ses délégués, ses mandataires, prestataires et sous-traitants, aux réassureurs et organismes professionnels dans le cadre des dispositions légales. Elles peuvent par ailleurs être utilisées à des fins de contrôle interne et dans le cadre des dispositions légales concernant la lutte contre la fraude à l'assurance, le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition en vous adressant par courrier à votre assureur. Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé nécessaires à la gestion de vos garanties. Ces données sont traitées dans le respect du secret médical. Elles sont exclusivement destinées au médecin conseil de l'assureur et à son service médical. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition en vous adressant au médecin conseil de l'assureur. Vos données peuvent être utilisées pour vous proposer des offres commerciales du groupe Groupama et de ses partenaires. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre . Vous souhaitez recevoir ces offres commerciales via votre adresse mail ou par SMS :  oui  non. Si vous souhaitez vous abonner à notre newsletter, cochez la case ci-contre .

## SIGNATURE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ agissant en qualité de \_\_\_\_\_

- certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations précédentes servant de base au contrat et j'en prends la responsabilité même si elles sont écrites par une autre personne et reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité du contrat conformément à l'article L. 932-7 du code de la Sécurité Sociale,
- reconnais avoir reçu et pris connaissance des conditions générales du(des) contrat(s) auquel(auxquels) je demande à souscrire,
- demande à souscrire au(x) contrat(s) mentionné(s) ci-dessus pour les garanties demandées,
- reconnais avoir pris connaissance des dispositions relatives à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée ci-dessus.

Fait à \_\_\_\_\_, le ..... / ..... / .....

Signature de l'affilié(e)

à faire précéder de la mention "lu et approuvé"