

### IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

Numéro SIRET :

Raison Sociale : \_\_\_\_\_

Forme juridique : \_\_\_\_\_

Date de création de l'entreprise | | | | | | | | | |

Code NAF | | | | | | | | | |

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Tel. : | | | | | | | | | | Portable : | | | | | | | | | | Email : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Nom du correspondant : \_\_\_\_\_

### ADHESION AU CONTRAT

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de \_\_\_\_\_

Ayant pouvoir d'engager l'entreprise précitée, je déclare :

- Relever de l'Accord Départemental santé** concernant les salariés agricoles non cadres des exploitations agricoles de l'Allier et adhérer à l'Accord Départemental santé des exploitations agricoles de l'Allier à effet du | | | | | | | |
- Accepter l'affiliation de l'ensemble des salariés de mon entreprise**, présents ou futurs, appartenant au groupe assuré défini aux Conditions Générales de l'Accord Santé des exploitations agricoles de l'Allier.

### DECLARATION DE L'ENTREPRISE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

- Confirme l'exactitude des déclarations qui sont portées sur le présent bulletin d'adhésion et demande l'adhésion de mon entreprise et de ses éventuels établissements de rattachement référencés ci-dessus sur la base de celles-ci ;
- Reconnais avoir pris connaissance des Conditions Générales ainsi que du barème de cotisations associé ;
- Reconnais avoir pris connaissance de la Notice d'Information afférente ;
- Prends l'engagement de remettre un exemplaire de la Notice d'Information et à chacun des salariés du groupe assuré, présents et à venir.

Fait à \_\_\_\_\_, le | | | | | | | |

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

### INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les données personnelles concernant les affiliés sont traitées par l'organisme assureur dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion des affiliations et des garanties. Elles sont destinées à l'intermédiaire d'assurance de la contractante, l'organisme assureur et son distributeur, à ses délégataires, prestataires ou sous-traitants, aux réassureurs ainsi qu'aux organismes professionnels et administratifs dans le cadre d'obligations légales. Elles peuvent notamment être utilisées à des fins d'évaluation et acceptation des risques, de contrôle interne (surveillance du portefeuille) et dans le cadre de dispositions légales, notamment concernant la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, les données personnelles des affiliés peuvent être transmises à des organismes professionnels de lutte contre la fraude ainsi qu'à des enquêteurs certifiés. Les affiliés disposent, en justifiant de leur identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition à leurs données traitées, sans frais, en s'adressant par courrier postal à Anips - Service des Relations avec les Consommateurs - 2 boulevard de Pesaro - Immeuble West Park 2 - 92024 Nanterre ou à l'adresse électronique [src-collectives@ggvie.fr](mailto:src-collectives@ggvie.fr).

### PIECES A FOURNIR AVEC LE BULLETIN D'ADHESION

- Copie d'un extrait de registre officiel datant de moins de 3 mois (Kbis de l'entreprise, extrait de déclaration d'association...)
- Copie de la Carte Nationale d'Identité du représentant légal de l'entreprise.