



## BULLETIN ADHESION COLLECTIVITE COMPLEMENTAIRE SANTE

Le présent document est à retourner dûment complété et signé à  
Gras Savoye – BP 80162 – 57005 METZ Cedex 1 (ou à [maryse.leclerc@grassavoye.com](mailto:maryse.leclerc@grassavoye.com))

DATE D'EFFET DE L'ADHESION : 01 | \_\_\_ | 20 \_\_\_

### COLLECTIVITE ou ETABLISSEMENT

Raison Sociale \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Montant de la participation : \_\_\_\_\_

Effectif total de votre Collectivité : \_\_\_\_\_

### FORMULES DE SOUSCRIPTION PROPOSEES (au choix de l'agent)

- Formule 1 « Essentielle »
- OU**
- Formule 2 « Renforcée »
- OU**
- Formule 3 « Supérieure »

### POUR INFORMATION : Cotisations au 1<sup>er</sup> janvier 2016

Actifs : les cotisations sont précomptées directement sur le bulletin de salaire de l'agent.

Retraités : les cotisations sont prélevées directement sur le compte bancaire de l'assuré principal.

CACHET DE LA COLLECTIVITE

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_