

## Bulletin d'adhésion

**Indemnités  
de Licenciement**  
Contrat n° FR022567TT

**Individuelle Accident**  
Contrat n° FR022568TT

**Offre réservée aux entreprises de coiffure membres du Conseil National des Entreprises de Coiffure (C.N.E.C.), et dont le siège social est établi en France métropolitaine (Corse comprise).**

Je souhaite adhérer aux contrats d'assurance collectifs ci-dessus mentionnés, souscrits par le C.N.E.C. au profit de ses membres adhérents, par l'intermédiaire la société de courtage en assurance M.G.A. située 22 rue Drouot, 75009 Paris (RCS Paris n°508 763 471 - ORIAS n°08046132). Je choisis les montants de garanties et la Cotisation correspondante dans le tableau des garanties ci-dessous.

GARANTIES	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Indemnités spéciale de Licenciement	Jusqu'à 15.000 € par Sinistre, dans la limite de 1.000.000 € par année d'assurance	Jusqu'à 25.000 € par Sinistre, dans la limite de 2.000.000 € par année d'assurance	Jusqu'à 25.000 € par Sinistre, dans la limite de 2.000.000 € par année d'assurance
Décès suite à Accident du Travail	Capital forfaitaire de 3.000 €	Capital forfaitaire de 3.000 €	Capital forfaitaire de 3.000 €
Indemnité compensatrice			Jusqu'à 1.500 €

COTISATION ANNUELLE			
NOMBRE DE SALARIES EN CDI	OPTION 1 COTISATION ANNUELLE TTC	OPTION 2 COTISATION ANNUELLE TTC	OPTION 3 COTISATION ANNUELLE TTC
1 à 2	150,00 €	200,00 €	250,00 €
3 à 4	270,00 €	400,00 €	450,00 €
5 à 7	450,00 €	650,00 €	750,00 €
8 à 99	60,00 € par salarié	65,00 € par salarié	70,00 € par salarié
100 et +	Sur accord spécifique de l'Assureur		

La cotisation est payable annuellement.

L'adhésion est d'une durée d'un an et se renouvèlera ensuite par tacite reconduction à la date anniversaire. Toutefois, les parties contractantes se réservent la faculté réciproque de résilier annuellement les effets du présent contrat en se prévenant, par lettre recommandées, 2 mois avant l'échéance annuelle.

Les salariés en CDI intégrant les effectifs de l'entreprise de coiffure adhérente postérieurement à l'adhésion sont automatiquement garantis par le contrat.

L'ajustement de la prime ou le règlement du complément de Cotisation dû, sera envoyé à M.G.A. dans le mois qui suit la date d'échéance principale du contrat. L'entreprise pourra également changer d'option de garanties lors de ce même renouvellement. Pour les entreprises de coiffure de 100 salariés et plus, le dossier devra être soumis à l'Assureur qui pourra proposer une offre tarifaire adaptée après analyse du risque.



**COORDONNÉES DE L'ADHÉRENT**

**Entreprise de coiffure adhérente :**

- Forme Juridique \_\_\_\_\_
- Raison sociale \_\_\_\_\_
- Siret \_\_\_\_\_
- Dirigeant : Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_
- Adresse en France métropolitaine (Corse comprise) \_\_\_\_\_  
Code Postal \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_
- Téléphone \_\_\_\_\_
- E-mail \_\_\_\_\_
- Nombre de salariés en CDI \_\_\_\_\_
- Option choisie (cocher la case correspondante) :  1 ou  2  3

**Je reconnais avoir reçu et avoir pris connaissance :**

- **des Conditions Générales « Indemnités de Licenciement », référencées SL-INDEM-05/19,**
- **des Conditions Générales « Individuelle Accident » référencées CG-IA-11/18,**
- **la notice d'information annexée**

**et déclare en acceptant expressément les termes.**

J'ai bien noté, s'agissant du Contrat « Indemnités de Licenciement », que les éventuelles modifications qui seraient apportées aux termes de celui-ci par l'Assureur, en lien avec le C.N.E.C. en sa qualité de Souscripteur, seront opposables de plein droit à l'ensemble des Adhérents à ce contrat sans qu'il soit besoin de leur accord préalable.

J'ai bien noté, s'agissant du Contrat « Individuelle Accident », que seuls pourront en bénéficier les Salariés majeurs de mon entreprise qui sont domiciliés en France métropolitaine (Corse comprise) et qui m'auront donné leur consentement par écrit avec indication du capital garanti conformément à l'article L.132-2 du Code des Assurances. **J'utilise à cette fin le formulaire joint en Annexe au présent Bulletin d'Adhésion, et remet à chacun de mes Salariés concernés une copie des Conditions Générales « Individuelle Accident » ci-dessus référencées.**

**Date et signature de l'Adhérent**

Précédés de la mention « Lu et approuvé »  
(mettre le cachet de l'entreprise)

A.....  
Le.....



## Formulaire de consentement et de désignation de bénéficiaire

### Contrat d'assurance Individuelle Accident Contrat n° **FR022568TT**

Le présent Bulletin d'adhésion est à retourner dûment complété, daté et signé, accompagné du règlement de la Cotisation correspondante, par courrier au Courtier Gestionnaire M.G.A. à l'adresse suivante :

**M.G.A.**  
**Offre CNEC**  
**22 rue Drouot**  
**75009 Paris**

Je (nom/prénom) .....

Né(e) le ..... à (ville de naissance) .....

Domicilié(e) à l'adresse suivante (adresse en France métropolitaine) :

.....  
.....  
.....

- Atteste être employé en qualité de salarié en CDI de l'entreprise de coiffure (nom et adresse de la société employeur)

.....

Depuis le (date d'entrée dans l'entreprise en CDI) .....

- Atteste que mon employeur ci-dessus mentionné m'a informé avoir adhéré au contrat d'assurance susmentionné et m'a remis un exemplaire des Conditions Générales, référencées CG-IA-11/18
- Déclare accepter expressément le bénéfice de cette assurance prévoyant le versement d'un capital forfaitaire de 3.000 € (Trois Mille Euros) en cas de Décès suite à un Accident du Travail
- Souhaite que le bénéfice de ce capital forfaitaire soit attribué selon la clause bénéficiaire ci-après (cocher la case correspondante et compléter si besoin) :

Clause bénéficiaire :

*En cas de Décès de l'Assuré consécutif à un Accident du Travail garanti, le Bénéficiaire est :*

- *Le Conjoint survivant de l'Assuré décédé, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, ou dont le Pacte Civil de Solidarité n'est pas dissout, à la date du Décès.*
- *A défaut, les enfants nés ou à naître de l'Assuré décédé, vivants ou représentés par parts égales.*
- *A défaut, les héritiers de l'Assuré décédé par parts égales.*



Clause bénéficiaire particulière :

Pour l'attribution du capital en cas de Décès garanti au Contrat, je désigné comme Bénéficiaire la (les) personne(s) suivantes (préciser les nom, prénoms, date et lieu de naissance de chaque personne) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

A défaut, mes héritiers selon les règles légales.

Fait à .....

Le (date) .....

Signature du Salarié

Le présent formulaire est à retourner dûment complété, daté et signé, par courrier au Courtier Gestionnaire M.G.A. à l'adresse suivante :

**M.G.A.  
Offre CNEC  
22 rue Drouot  
75009 Paris**