



Pour les employés

**Prévoyance professionnelle**

Plan	Plafond	Déduction de coordination
Variante 1 : Sélectionnez	Sélectionnez	Sélectionnez
Variante 2 : Sélectionnez	Sélectionnez	Sélectionnez
Variante 3 : Sélectionnez	Sélectionnez	Sélectionnez

Pour les indépendants

**Prévoyance professionnelle**

Plan	Plafond	Déduction de coordination
Variante 1 : Sélectionnez	Sélectionnez	Sélectionnez
Variante 2 : Sélectionnez	Sélectionnez	Sélectionnez
Variante 3 : Sélectionnez	Sélectionnez	Sélectionnez

Si transfert d'assurés, nom et adresse de l'IP précédente : N° de police :

Personne de contact : N° de téléphone :

**PRESTATIONS DE SERVICES**

**HOTELA +**

Date de début du contrat :  
Nom et prénom de la personne de contact :  
Adresse mail confidentielle :

**HOTELA Full**

Date de début du contrat :  
Nom et prénom de la personne de contact :  
Adresse mail confidentielle :

**RENSEIGNEMENT GENERAUX**

Langue de l'offre CCNT Association fondatrice	Français Oui Sélectionnez	Catégorie Masse salariale / an Nombre d'employés	Sélectionnez
Adresse Etablissement			
Adresse Employeur ou Société inscrite au RC			
Adresse Expédition			
<b>Si indépendant</b>	Date de naissance N° AVS		
Personne de contact			
Téléphone			
Email			
Courtier			

Date de la demande : 10 décembre 2014

Demande faite par :

Remarques