

GROUPAMA D'OC
Assurances collectives
21 avenue de la Mairie
32020 ALAIN CEDEX 9

Tel : 05 65 61 71 54
Courriel : cotisation.groupe@groupama-oc.com
PTF : 41

Appel de Cotisations Assurance Complémentaire Santé

Appel de cotisations 3ème TRIMESTRE 2025

Raison sociale : SAS AYMARD BENOIT
Total facture n° 1 : 40.11 €

Page 1/1

Catégorie bénéficiaire : Pers. non art 2.1 et 2.2 ANI 2017 - (843)
Période du 01/08/2025 au 30/09/2025

N° SIRET : 91443192900019
Contrat : 791403/00000

Affilié Salarie	Cjt	Enf	Date ^(*) d'affiliation	Date ^(*) de sortie	Salarie Taux 0.88 %
LEBRUN Marie			27/08/2025		40.11 €
					40.11 €

Données établies selon les informations en notre possession au moment de l'édition

* Affilié entré ou sorti en cours de période

** PMSS 2025 = 3 925 €

Code réservé à Groupama	Base de référence	G 4 558
-------------------------	----------------------	---------

Je verse ce jour, mes cotisations d'un montant total de **40.11 €**, à l'ordre de Groupama d'Oc par :

☐ Chèque

joindre dans l'enveloppe ci-jointe, l'**exemplaire signé** de votre appel de cotisations **avec votre règlement**

☐ Virement

utiliser l'enveloppe ci-jointe pour **nous retourner l'exemplaire signé** de votre appel de cotisations ainsi que votre justificatif de virement

Nous vous remercions de notifier le **nom de l'entreprise**, votre (vos) **n° de contrat(s)/sous contrat(s)** ainsi que **votre date d'échéance** dans le libellé de votre virement. (Ex: Raison Sociale - 111111/0 - 111112/0 - T3)

BNP PARIBAS

Code Banque	Code guichet	N° de compte	Clé RIB
30004	00819	00016369438	61

IBAN FR76 30004008190001636943861

BIC bnparfrppxxx

Domiciliation : ELYSEE HAUSSMANN ENTREPRISES
8-12 RUE STE CECILE
75450 PARIS CEDEX 09

Fait à :

Le :

Cachet et Signature