

## BULLETIN D'ADHÉSION DE L'ENTREPRISE au régime Frais de santé

### 1 INFORMATIONS ENTREPRISE

Raison sociale de l'entreprise : .....  
Adresse du siège social : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Adresse de correspondance si différente du siège social : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Effectif salarié : .....  
Forme juridique : ..... N° de SIRET : [.....] Code NAF : [.....]

#### Identité du correspondant de l'entreprise (en lettres capitales)

Nom : ..... Prénom : .....  
Fonction : .....  
Téléphone : ..... E-mail : .....

### 2 RÉGIME OBLIGATOIRE SOUSCRIT PAR L'ENTREPRISE

Je soussigné, Mme / M ..... agissant en qualité de ..... ayant pouvoir d'engager l'entreprise, atteste l'exactitude des renseignements, et certifie que l'entreprise relève de la CCN du 15 mars 1966.

Date d'effet de l'adhésion : [..]/[..]/[.....]

### 3 NIVEAU DE COUVERTURE OBLIGATOIRE

- En application de l'accord interbranche du 02 octobre 2019, vous devez souscrire au régime de base conventionnel obligatoire, vous avez également la possibilité de renforcer les prestations en souscrivant au régime sur-complémentaire optionnel et/ou d'étendre le niveau de garanties obligatoire retenu aux ayants droit du salarié.  
**Les options retenues bénéficieront à l'ensemble de vos salariés.**

#### Pour le régime de base conventionnel :

CATÉGORIE DU PERSONNEL	COTISATION MENSUELLE	
	Régime général	Régime local
	1,48% PMSS	0,89% PMSS
Ensemble du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Pour le régime sur-complémentaire optionnel :

CATÉGORIE DU PERSONNEL	COTISATION MENSUELLE SUPPLÉMENTAIRE	
	Régime général et local	
	Option 1	Option 2
Ensemble du personnel	+ 0,32% PMSS <input type="checkbox"/>	+ 0,67% PMSS <input type="checkbox"/>
Non cadres*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadres*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Selon les définitions précisées dans l'acte juridique instituant le régime

#### Pour l'extension aux ayants droit du salarié :

CATÉGORIE DU PERSONNEL		COTISATION MENSUELLE SUPPLÉMENTAIRE			
		Régime général		Régime local	
		Base obligatoire	Conjoint	+ 1,61% PMSS	<input type="checkbox"/>
	Enfant**	+ 0,73% PMSS	<input type="checkbox"/>	+ 0,44% PMSS	<input type="checkbox"/>
Option 1	Conjoint	+ 1,93% PMSS	<input type="checkbox"/>	+ 1,29% PMSS	<input type="checkbox"/>
	Enfant**	+ 0,89% PMSS	<input type="checkbox"/>	+ 0,60% PMSS	<input type="checkbox"/>
Option 2	Conjoint	+ 2,28% PMSS	<input type="checkbox"/>	+ 1,64% PMSS	<input type="checkbox"/>
	Enfant**	+ 1,06% PMSS	<input type="checkbox"/>	+ 0,77% PMSS	<input type="checkbox"/>

\*\* Gratuit à compter du 3<sup>ème</sup> enfant

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

- Votre participation employeur est au minimum de 50% de la cotisation des régimes obligatoires souscrits et le paiement de la cotisation y afférent fera l'objet d'un précompte sur salaire. Ainsi l'entreprise est responsable du paiement de l'intégralité des cotisations auprès de la mutuelle.

- En complément des garanties souscrites, vos salariés peuvent étendre cette garantie à leurs ayants droit et/ou la renforcer. S'ils étendent le régime de base conventionnel à leurs ayants droit, la sur-complémentaire pour le salarié s'appliquera obligatoirement aux ayants droit.

		L'employeur a souscrit la base conventionnelle		L'employeur a souscrit la base conventionnelle + sur-complémentaire Option 1		L'employeur a souscrit la base conventionnelle + sur-complémentaire Option 2	
		Régime général	Régime Alsace-Moselle	Régime général	Régime Alsace-Moselle	Régime général	Régime Alsace-Moselle
<b>Extension aux ayants droit</b>	Conjoint concubin pacsé	1,61% PMSS	0,97% PMSS	1,93% PMSS	1,29% PMSS	2,28% PMSS	1,64% PMSS
	Enfant (par enfant, gratuit à compter du 3 <sup>e</sup> )	0,73% PMSS	0,44% PMSS	0,89% PMSS	0,60% PMSS	1,06% PMSS	0,77% PMSS
<b>Souscription d'une sur-complémentaire Option 1 ou Option 2</b>	Salarié	Option 1 : 0,35% PMSS Option 2 : 0,74% PMSS		Option 2 : 0,39% PMSS			
	Conjoint concubin pacsé	Option 1 : 0,35% PMSS Option 2 : 0,74% PMSS		Option 2 : 0,39% PMSS			
	Enfant (par enfant, gratuit à compter du 3 <sup>e</sup> )	Option 1 : 0,18% PMSS Option 2 : 0,36% PMSS		Option 2 : 0,18% PMSS			

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

Le bulletin d'adhésion doit être retourné à la mutuelle accompagné d'un état du personnel

Nous vous adresserons :

- Dès réception de ces documents : votre contrat et les bulletins individuels d'affiliation,
- Au retour du contrat signé : les notices d'information destinées à vos salariés.

Fait à .....

le .....

Signature du représentant légal de l'entreprise :

Cachet de l'entreprise

Les informations recueillies sur ce bulletin font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre la gestion de votre adhésion. Les données « téléphone, e-mail » sont demandées à titre facultatif, l'ensemble des autres données étant indispensables au traitement de votre adhésion. Elles sont destinées à la mutuelle et aux organismes assureurs auprès desquels la mutuelle a souscrit un contrat collectif, ainsi qu'aux éventuels sous-traitants et prestataires impliqués dans la gestion du contrat et utilisées aux fins et selon les modalités de conservation et d'hébergement précisées à la notice d'information, de passation et de gestion (y compris commerciale) du contrat ainsi que pour garantir les obligations légales de la Mutuelle (lutte contre les fraudes, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme). Vos informations personnelles pourront être utilisées ultérieurement à des fins de prospection commerciale par courriers postaux et téléphone, sauf si vous vous y opposez en cochant les cases ci-contre. Par ailleurs, vous pouvez également à tout moment vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr). Conformément à la réglementation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de portabilité de vos données personnelles, et pouvez décider de leur sort après votre décès. Vous disposez en outre, pour des motifs légitimes d'un droit à la limitation des traitements, d'un droit au retrait de votre consentement, d'un droit à l'effacement et d'un droit d'opposition. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Responsable Protection des données – Data Protection Officer (DPO) – de la Mutuelle auprès de laquelle le contrat a été souscrit, dont les coordonnées vous sont communiquées ci-après. Vous devrez joindre à votre demande une copie de votre justificatif d'identité. En cas de réclamations relatives au traitement de vos données personnelles et à l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3 place de Fontenay – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 (www.cnil.fr). Harmonie Mutuelle : par mail à l'adresse dpo@harmonie-mutuelle.fr ou par courrier postal adressé à " Harmonie Mutuelle Service DPO – 29 quai François Mitterrand – 44273 Nantes Cedex 2 "

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

**MGEN, assureur :** Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité enregistrée sous le numéro SIREN 775 685 399. LEI 9695002XFDIA8FN1325  
 Siège social : 3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15

**Harmonie Mutuelle, assureur, distributeur, gestionnaire :** Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, numéro LEI n° 9695003JLUS2H89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris

**Chorum Conseil, distributeur :** SAS d'intermédiation en assurance au capital de 1 539 000 € - RCS Nanterre 833 426 851 - Répertoire Orias 170 073 20 Siège social : 4-8 rue Gambetta - 92240 Malakoff  
 Responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes aux articles L.512-6 et L.512-7 du Code des assurances, sous le contrôle de l'ACPR - 4 place de Budapest - 75436 Paris - (www.acpr.banque-france.fr) exerce son activité en application des dispositions de l'article L.520-1 II b du Code des assurances, la liste des assureurs partenaires est disponible sur demande  
 Capital social détenu à hauteur de 97 % par VVY Invest dont le siège social est sis 33, avenue du Maine - Tour Montparnasse - BP 25 - 75755 Paris Cedex 15, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro Siren 839 314 242. Réclamation : Chorum Conseil - Service réclamation - 4-8 rue Gambetta - 92240 Malakoff. Médiation : le médiateur de l'assurance est compétent pour intervenir sur tout litige n'ayant pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable directement adressée à votre courtier. Il peut être saisi par La médiation de l'assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09