Chorum GROUPE VYV

CCN DU SPORT

IDCC n° 2511

Harmonie mutuelle GROUPE VYV

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION AU RÉGIME D'ACCUEIL

Régime Frais de santé

1 INFORMATIONS EMPLOYEUR

Raison sociale de l'entreprise : .....

Adresse du siège social : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Adresse de correspondance si différente du siège social : .....

Code postal : ..... Ville : .....

N° de contrat : .....

Forme juridique : ..... N° de SIRET : ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐ Code NAF : ☐☐☐☐☐

2 DATE D'EFFET D'ADHÉSION

Date de départ à la retraite, de début de congé, de rupture du contrat de travail, de fin de portabilité ou du décès :

☐☐/☐☐/☐☐☐☐

3 SITUATION

- ☐ Retraité
- ☐ Ancien salarié en incapacité ou invalidité ou privé d'emploi et bénéficiaire d'un revenu de remplacement
- ☐ Ayant(s) droit d'un salarié décédé

4 COTISATION À CHARGE DE L'ANCIEN SALARIÉ

Les personnes relevant du champ d'application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (Loi Evin), se voient appliquer les tarifs des actifs la première année suivant la date d'effet de leur adhésion. Ces tarifs évolueront par la suite dans les conditions fixées par le décret n°2017-372 du 21 mars 2017.

Ainsi les taux de cotisations pour la 1ère année d'adhésion au régime accueil sont les suivants :

	Régime Général					Régime Local				
	Ancien Salarié *	Conjoint d'un salarié décédé *	Enfant d'un salarié décédé *	Conjoint	Enfant	Ancien Salarié *	Conjoint d'un salarié décédé *	Enfant d'un salarié décédé *	Conjoint	Enfant
Régime conventionnel R1	0,87% PMSS	0,87% PMSS	0,59% PMSS	1,39% PMSS	0,77% PMSS	0,56% PMSS	0,56% PMSS	0,38% PMSS	0,90% PMSS	0,49% PMSS
Régime conventionnel R1 + option R2	1,11% PMSS	1,11% PMSS	0,73% PMSS	1,72% PMSS	0,96% PMSS	0,73% PMSS	0,73% PMSS	0,48% PMSS	1,14% PMSS	0,62% PMSS
Régime conventionnel R1 + option R3	1,25% PMSS	1,25% PMSS	0,83% PMSS	1,92% PMSS	1,08% PMSS	0,85% PMSS	0,85% PMSS	0,56% PMSS	1,30% PMSS	0,73% PMSS

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

* Taux d'appel : à compter du 01/01/2020, les taux sont appelés à 95 %

5 IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES

Pour votre affiliation et celle de vos ayants droit, merci de compléter le tableau ci-dessous :

Nom	Prénom	Lien (1)	N° Sécurité sociale	Date naissance	Rang (2)	Connexion NOEMIE(3)	
						☐ Oui	☐ Non
						☐ Oui	☐ Non
						☐ Oui	☐ Non
						☐ Oui	☐ Non
						☐ Oui	☐ Non
						☐ Oui	☐ Non

(1) Lien de parenté - (2) Rang de naissance - (3) Télétransmission des décomptes : cocher "oui" ou "non"