

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DE LA COIFFURE ET DES PROFESSIONS CONNEXES
IDCC N°2596

VOTRE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION DU SALARIÉ
OU BULLETIN INDIVIDUEL DE MODIFICATION

Affiliation	Modification Numéro d'adhérent : _____
Date d'effet* : _____	Modifications administratives** Ajout ou radiation d'ayant(s)-droit Changement d'option
	Date de la demande*** : _____

* la date d'effet correspond à la date d'entrée dans les effectifs à assurer ou à la fin d'une dispense
** sous réserve de la production de documents justificatifs
*** la date de la demande permet de déterminer la date d'effet selon les conditions fixées par la Notice d'Information

VEILLEZ À COMPLÉTER LE PRÉSENT BULLETIN ET À LE REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR AVEC L'ENSEMBLE DES PIÈCES
JUSTIFICATIVES INDIQUÉES EN PARTIE 5
DOSSIER COMPLET À ADRESSER PAR L'EMPLOYEUR À L'ADRESSE SUIVANTE :

INFORMATIONS

IDENTIFICATION ENTREPRISE (À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR)

Raison sociale de l'entreprise : _____

N° de contrat : _____

Garanties obligatoires souscrites par l'entreprise : Base Base + Option 1 Base + Option 2 Base + Option 3

IDENTIFICATION SALARIÉ

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Numéro de Sécurité sociale : _____ Date de naissance : _____

Situation de famille : Marié(e) Célibataire Veuf(ve) Divorcé(e) Concubin(e) Pacsé(e)

Nombre d'enfants à charge : _____

Si le salarié est en apprentissage, cochez cette case:

Catégorie: Cadres Non Cadres

Date d'entrée dans le salon : _____

COTISATIONS APPLICABLES AU RÉGIME

Cotisations mensuelles en % du PMSS*	Base conventionnelle			
	Régime général	Régime Local		
Salarié et enfant(s) à charge	1,259 %	1,025 %		
Conjoint facultatif	0,90 %	0,732 %		
	Régime optionnel			
	Option 1	Option 2	Option 3	
	Adulte	0,26 %	0,45 %	0,77 %
	Enfant**	0,16 %	0,28 %	0,49 %

* PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale ** : Gratuité à partir du 3ème enfant et des suivants

Pour la garantie «base conventionnelle», la participation employeur est au minimum de 59,5% de la cotisation «salarié + enfant(s) à charge». Pour le régime optionnel souscrit à titre obligatoire la participation employeur est au minimum de 50% des cotisations correspondantes.

Les cotisations relatives au conjoint et aux options souscrites à titre facultatif sont à la charge exclusive du salarié et sont prélevées sur son compte bancaire.

RÉGIME FACULTATIF SOUSCRIT PAR LE SALARIÉ

> ADHESION DU CONJOINT :

Je souhaite étendre la(les) garantie(s) souscrite(s) à titre obligatoire par mon employeur, à mon conjoint, en contrepartie du paiement d'une cotisation additionnelle

> RÉGIME OPTIONNEL FACULTATIF :

Je souhaite souscrire, pour moi-même et mes ayants-droit à une option en complément des garanties souscrites à titre obligatoire par mon employeur *

Je suis déjà couvert par une garantie optionnelle et je souhaite la modifier pour moi-même et mes ayants-droit *

* : Cocher la case correspondant au niveau d'option choisi dans le tableau ci-dessous :

Votre employeur a choisi la garantie obligatoire	Base	Base + Option 1	Base + Option 2
Vous pouvez choisir de souscrire à la(aux) garantie(s) facultative(s) suivante(s) pour vous-même et vos ayants-droit :	Option 1		
	Option 2	Option 2	
	Option 3	Option 3	Option 3

Adhésion au régime optionnel :

Les régimes optionnels proposés peuvent être choisis librement, à votre initiative, dans les conditions suivantes :

- l'adhésion doit être effectuée dans les trois premiers mois de la date d'adhésion de votre entreprise au régime conventionnel ou de votre embauche. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter du 1er janvier de l'année suivante, (adhésion en cours d'année possible en cas de changement de situation personnelle ou professionnelle) ;
- l'adhésion concerne le salarié et s'il le souhaite ses ayants-droit affiliés au régime conventionnel. Tous doivent souscrire le même niveau d'option.

Modification du choix d'option :

- le passage d'un niveau de garanties inférieur à un niveau supérieur s'effectue au 1er janvier de chaque année sous réserve d'une demande écrite au moins deux mois avant l'échéance annuelle ;
- en cas de changement de situation personnelle ou professionnelle, il est possible de modifier son choix d'option, à la baisse comme à la hausse, en cours d'année. Dans ce cas, vous bénéficiez des garanties du niveau choisi au plus tôt le premier jour du mois suivant l'événement.

IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES

Pour votre affiliation et celle de vos ayants droit ou pour la radiation de ces derniers, merci de compléter le tableau ci-dessous :

Adhésion	Radiation	Nom	Prénom	Lien ⁽¹⁾	N° Sécurité sociale	Date de naissance	Connexion NOÉMIE ⁽²⁾	
							Oui	Non
							Oui	Non
							Oui	Non
							Oui	Non
							Oui	Non

⁽¹⁾ Lien de parenté ⁽²⁾ Télétransmission des décomptes : cocher « oui » ou « non »

IMPORTANT :

En cas de radiation des effectifs de votre entreprise, vous devrez retourner à la mutuelle gestionnaire sans délai votre carte de tiers payant.

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

PIÈCES À JOINDRE

Adhérent

- Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
- Copie du livret de famille.
- Relevé IBAN du compte bancaire ou postal sur lequel vous désirez recevoir les prestations.
- Le cas échéant, relevé IBAN du compte bancaire ou postal et mandat SEPA pour le paiement des cotisations facultatives.

Conjoint

- Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.

Concubin

- Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
- Photocopie d'un justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture énergétique, d'un avis d'imposition...

Partenaire de PACS

- Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
- Photocopie du pacte civil de Solidarité ou attestation d'inscription au Registre du greffe du Tribunal d'Instance.

Enfant de moins de 26 ans et enfant atteint d'une maladie chronique ou incurable l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée

- Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale du salarié ou du conjoint ou concubin, justifiant de la qualité d'ayant droit à ce titre ou attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale de l'enfant.
- Pour l'enfant de moins de 26 ans : un certificat de scolarité de l'année en cours ou une copie de la carte d'étudiant, ou une copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, ou une copie de l'inscription au Pôle emploi à laquelle sera joint le certificat de scolarité de la dernière année d'étude.
- Pour les enfants atteints d'une maladie chronique ou incurable : une copie du document accordant à l'enfant l'allocation d'enfant handicapé (AEH) ou l'allocation d'adulte handicapé (AAH) ou une copie de la carte d'invalidité ou mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code l'action sociale et des familles.

Certaines pièces justificatives ont une durée de validité d'un an. Votre mutuelle vous demandera de lui transmettre les justificatifs afin de prolonger les droits de vos enfants à charge. Elle se réserve par ailleurs le droit de réclamer toutes autres pièces justificatives complémentaires.

RÉSILIATION DES GARANTIES FACULTATIVES

Je demande la résiliation, pour moi-même et mes ayants droit, de la garantie facultative :

Option 1 Option 2 Option 3

La résiliation de la garantie facultative prendra effet dans les conditions précisées par la Notice d'Information.

MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES

Nouvelle adresse, telle que précisée en première page du présent document (NB : si changement de département, joindre l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale)

Changement de régime, de n° de Sécurité sociale ou de caisse d'affiliation (joindre l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale à jour)

Changement de nom (joindre un justificatif : copie de l'acte de mariage, de divorce...)

Changement de coordonnées bancaires (joindre obligatoirement le nouveau relevé IBAN et un mandat SEPA)

DEMANDE DE MAINTIEN DE GARANTIE EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL SANS INDEMNISATION

Je demande le maintien de mes garanties, pour moi-même et mes ayants droit, pendant la durée de suspension de mon contrat de travail (les conditions du maintien sont précisées dans la notice d'information)

Le cas échéant, en cas de participation patronale, préciser son montant : _____

Joindre obligatoirement un relevé IBAN accompagné d'un mandat SEPA en cas de paiement des cotisations par prélèvement.

Date d'effet : _____

FORMALITÉS

Je reconnais avoir reçu un exemplaire des statuts de la mutuelle, du Document d'Information sur le Produit d'Assurance (DIPA), de la notice d'information des garanties souscrites, du tableau de garanties frais de santé.

Je certifie avoir pris connaissance des dispositions de ces documents et avoir été informé de l'ensemble de mes droits et obligations.

J'autorise, le cas échéant, mon employeur à prélever sur mon salaire le montant de la part salariale de la cotisation.

J'accepte la mise en ligne des données me concernant dans l'espace adhérent du site Internet de la mutuelle. Ces données sont sécurisées et ne sont consultables que par moi-même après identification par mot de passe et code d'accès.

Je certifie l'exactitude de l'ensemble des informations renseignées dans le présent document et le mandat SEPA associé.

Fait à : _____ Le : _____

Signature du représentant légal :

Cachet de l'entreprise :

Dans le cadre de votre adhésion, vous confiez à Harmonie Mutuelle des données personnelles vous concernant ou concernant vos ayants droit (en particulier des données de santé).

Harmonie Mutuelle, responsable du traitement, traite ces données pour l'exécution du contrat. Celles-ci seront conservées le temps nécessaire pour répondre aux finalités des traitements.

Conformément à la réglementation en vigueur (Règlement général sur la protection des données, dit « RGPD », du 27 avril 2016 et Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée), les adhérents bénéficient d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, d'un droit à la portabilité et d'un droit à la limitation du traitement des données, ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de leurs données après leur décès. Pour plus d'informations sur ces droits, nous vous invitons à consulter la charte de protection des données à caractère personnel : <https://www.harmonie-mutuelle.fr/protection-donnees-personnelles>

Les adhérents peuvent exercer leurs droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) :

· soit en envoyant un mail à : dpo@harmonie-mutuelle.fr

· soit par courrier à l'adresse suivante : HARMONIE MUTUELLE - Service DPO - 29 quai François Mitterrand - 44273 NANTES CEDEX 2.

En cas de réclamation relative aux données à caractère personnel, il est possible de saisir la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) www.cnil.fr ; 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Les adhérents disposent également du droit de de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr), et peuvent à tout moment refuser le démarchage par voie électronique.