

BULLETIN D'ADHÉSION DE L'ENTREPRISE

Régime de Prévoyance

1 IDENTIFICATION ENTREPRISE

Raison sociale de l'entreprise : _____

Dénomination commerciale : _____ Groupe : _____

Adresse du siège social : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Adresse de correspondance (si différente du siège social) : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Forme juridique : _____ N° de SIRET : [][][][] [][][][][] [][][][][][] Code NAF : [][][][][] []

Effectif salarié : _____

Identité du contact à privilégier pour la mutuelle

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____ Téléphone : _____

E-mail : _____

2 GARANTIES SOUHAITEES

Je soussigné, Mme / M _____
 agissant en qualité de _____ ayant pouvoir d'engager l'entreprise, atteste
 l'exactitude des renseignements fournis, certifie que l'entreprise relève de la Convention Collective
 Nationale de la Plasturgie et des Composites (IDCC 292), et demande à adhérer au régime(s) ci-dessous.

		Taux de cotisation en % du salaire brut	
		TA	TB
<input checked="" type="checkbox"/>	NON CADRES		
	Régime conventionnel obligatoire	0,80%	0,80%
	Garanties additionnelles *		
	<input type="checkbox"/> Capital décès amélioré	0,20%	0,20%
<input type="checkbox"/> Arrêt de travail amélioré	0,37%	0,37%	
<input type="checkbox"/>	CADRES		
	1,50% Cadres *	1,50%	2,40%

* cochez les garanties souhaitées

Date d'effet de l'adhésion : [][] [][] [][][][] (au plus tôt 1^{er} janvier 2016)

	Effectif à la date d'adhésion	Masses salariales annuelles estimées
Personnel Non cadre		TA
		TB
Personnel Cadre <i>(relevant des articles 4 et 4 bis de la convention AGIRC)</i>		TA
		TB

Concernant les salariés Cadres : si l'effectif cadre est inférieur ou égal à 5 personnes, un questionnaire médical simplifié devra être complété par chaque intéressé.

La présente demande d'adhésion doit être retournée auprès de la mutuelle, accompagnée de la liste du personnel à affilier et le cas échéant de la déclaration des sinistres en cours.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, l'entreprise peut demander communication et rectification de toute information la concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage des organismes assureurs et gestionnaires. L'entreprise peut exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à Mutex, 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex ou à l'organisme ayant recueilli son adhésion.

Fait à _____

Le _____

Je reconnais avoir pris connaissance du descriptif des garanties

Signature du représentant légal de l'entreprise :

Cachet de l'entreprise

Cachet et numéro de la mutuelle

Mutex

Société anonyme à directoire et conseil de surveillance,
au capital de 37 302 300 euros. Entreprise régie par le
Code des assurances – RCS Nanterre 529 219 040
Siège social : 125, avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex
Assureur des risques Décès, Incapacité Temporaire Totale et Invalidité

Ocirp

Organisme Commun des Institutions
de Rente et de Prévoyance
Union d'institutions de prévoyance régie
par le code de la Sécurité sociale
Siège social : 11 rue de Marignan - 75008 PARIS
Assureur du risque Rente éducation