

BULLETIN D'ADHÉSION DE L'ENTREPRISE

Régime Frais de Santé (régime général)

**Vous devez adresser votre dossier complet
à la Mutuelle**

Pour faciliter l'enregistrement de votre adhésion, nous vous remercions de compléter toutes les rubriques ci-dessous.

Informations entreprise

➤ RAISON SOCIALE

➤ IDENTITÉ DU DIRIGEANT DE L'ENTREPRISE

Nom (en lettres capitales) _____

Prénom (en lettres capitales) _____

Fonction _____

Téléphone E-mail _____ @ _____

Effectif salarié _____

Régime Obligatoire souscrit par l'entreprise

➤ Je soussigné, Mme / M _____

agissant en qualité de _____

ayant pouvoir d'engager l'entreprise, certifie l'exactitude des renseignements,
certifie que l'entreprise relève de la CCN des industries chimiques.

Date d'entrée de l'entreprise dans le régime

Personnel concerné par le régime Frais de Santé

➤ Le régime concerne l'ensemble des salariés sous réserve qu'ils aient été déclarés au moment de l'adhésion de l'entreprise.



Niveau de couverture

➔ En application de l'Accord du 14 mars 2014, vous devez choisir entre l'un des deux régimes ci-dessous, et préciser si vous souscrivez au régime BASE ou au régime CONFORT.

RÉGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE COTISATION MENSUELLE

ENSEMBLE DU PERSONNEL	BASE ⁽¹⁾	CONFORT ⁽²⁾	TOTAL
RÉGIME FAMILLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cotisation Famille	92,30 €	+ 28,40 €	120,70 €

(1) Le salarié aura la possibilité de souscrire, à titre individuel et facultatif au régime Confort.

(2) La souscription du régime complémentaire optionnel doit faire l'objet d'un acte de mise en place au sein de votre entreprise (DUE, accord référendaire ou collectif).

➔ Participation patronale

Quel que soit le régime que vous mettez en place, votre participation employeur est au minimum de 50 % de la cotisation

Autre taux de participation choisi par l'entreprise _____ %

Seul le paiement relatif aux garanties obligatoires fait l'objet d'un précompte sur salaire.

➔ Formalités

La présente demande d'adhésion doit être retournée à la mutuelle accompagnée d'un état du personnel

Nous vous adresserons :

- **dès réception de ces documents** : votre contrat d'adhésion et les bulletins individuels d'affiliation
- **au retour du contrat signé** : les notices d'information destinées à vos salariés.

Fait à Le

Cachet de l'entreprise

Signature du représentant légal 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 indispensable 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 (blocktel.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 l'une des Mutuelles de l'Alliance 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 Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 (www.cnil.fr).

Pour Mutex-L'Alliance mutualiste, les coordonnées des Délégués à la Protection des Données (DPO) sont les suivantes :

- 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
- AESIO Mutuelle, par mail à l'adresse aesio.dpo@aesio.fr ou par courrier postal adressé à AESIO Mutuelle Délégué à la Protection des Données 4 rue du Général Foy 75008 PARIS
- OCIANE - Groupe MATMUT - par mail à l'adresse dpo@matmut.fr ou par courrier postal adressé à « Groupe MATMUT à l'attention du Délégué à la Protection des Données 66 rue de Sotteville - 76100 ROUEN »
- MUXE - par mail à l'adresse dpo@muxe.fr ou par courrier postal adressé à « Délégué à la Protection des Données de MUXE », 140 avenue de la République, CS30007, 92327 Châtillon cedex



Le contrat est coassuré par Mutex, AESIO, Harmonie Mutuelle, Mutuelle Ociane et Malakoff Médéric Prévoyance, organismes présentés dans les Conditions générales et Notice d'information.