

Convention Collective du Rouissage et Teillage du Lin

BULLETIN D’AFFILIATION DU SALARIE

<input type="checkbox"/> Affiliation	Date d’effet : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	N° Contrat :
<input type="checkbox"/> Modification	Date d’effet : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Modifications administratives (avec justificatifs) <input type="checkbox"/> Ajout ou radiation d’ayants droit <input type="checkbox"/> Changement d’options		

A remplir par l’employeur

Raison Sociale : **SIRET :**

Niveau de couverture souscrite par l’entreprise : Socle BASE BASE + OPTION

Bénéficiaires : Couverture obligatoire du **SEUL SALARIE**
 Couverture obligatoire du **SALARIE et de ses AYANTS DROIT (tarif Famille)**

1 INFORMATIONS SALARIE

Nom : Prénom:

Adresse :

Code Postal : Ville :

Régime : Régime MSA Régime Local Alsace Moselle

Date d’entrée dans l’entreprise : / /

Téléphone : e-mail :

N° de Sécurité sociale : Date de naissance : / /

Situation de famille : Marié(e), Pacsé(e), concubin(e) Célibataire, veuf(ve), Divorcé(e)

Télétransmission Noémie de vos décomptes entre votre caisse et votre mutuelle : OUI NON

2 OPTIONS CHOISIES PAR LE SALARIE

En fonction du régime obligatoire souscrit par votre entreprise, et en complément de celui-ci, vous pouvez améliorer vos garanties et/ou en faire bénéficier vos ayants droit, **à titre individuel et facultatif**.

La cotisation supplémentaire mensuelle correspondante sera entièrement à votre charge. Elle sera prélevée mensuellement d’avance par la mutuelle sur votre compte bancaire.

■ Si le régime obligatoire ne couvre que le « Salarie seul sur le niveau BASE », vous pouvez l’étendre à vos ayants droit :

Je souhaite **AFFILIER MES AYANTS DROIT**

Cotisation choisie : Extension « Conjoint/Enfant » Extension « Famille »

Cotisation supplémentaire en % du PMSS*	BASE
Extension conjoint	1.563% PMSS*
Extension enfant (gratuité à partir du 3 ^{ème} enfant)	0.808% PMSS*
Extension Famille	2.050% PMSS*

*PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale – 3 428 € en 2020

■ Si le régime obligatoire couvre la **BASE**, vous pouvez améliorer votre couverture en souscrivant à l'option :

Ce choix vaut pour vous-même et, le cas échéant, pour vos ayants droit (un seul et même niveau de couverture par famille).

Je souhaite **AMELIORER MES GARANTIES en souscrivant à l'option :**

Cotisation supplémentaire en % du PMSS*	OPTION
Salarié seul	0.355% PMSS*
BASE + OPTION	
Extension conjoint	1.918% PMSS*
Extension enfant (gratuité à partir du 3 ^{ème} enfant)	1.023% PMSS*
BASE + OPTION	
Extension Famille	2.212% PMSS*

*PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale – 3 428 € en 2020

JE NE SOUHAITE PAS souscrire d'option individuelle

3 IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES

Nom	Prénom	Lien ⁽¹⁾	N° Sécurité sociale	Date de naissance	Code SS ⁽²⁾	Connexion NOEMIE ⁽³⁾
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

(1) Lien de parenté : (E) Enfant ou (C) Conjoint (2) Code SS : 1 : Régime Général - 2 : Régime Local - 3 : Autre (3) 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.

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

Tous	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (vitale)
Salarié	Livret de famille, s'il y a des enfants non à charge au sens de la Sécurité sociale. Relevé IBAN du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations. Pour les options facultatives : une autorisation de prélèvement SEPA
Conjoint, concubin, partenaire de PACS	Justificatif de vie commune (quittance loyer, facture énergétique) ou convention de PACS
Enfant de moins de 16 ans ou moins de 18 ans	Attestation de droit à l'assurance maladie du salarié ou de son conjoint ou concubin justifiant de la qualité d'ayant droit.
Enfant de moins de 21 ans sans activité et ne poursuivant pas d'études	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (vitale) de l'enfant.
Enfant de moins de 26 ans :	
- étudiant	→ Certification scolarité ou carte d'étudiant
- en alternance	→ Contrat d'apprentissage ou professionnalisation
- inscrit au Pôle Emploi	→ Attestation d'inscription au Pôle Emploi
- en contrat d'insertion professionnelle	→ Contrat de travail
Enfant en situation de handicap avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80%	Tout document justificatif (notification de l'invalidité, attestation versement de l'AES, AAH, AHH...)
Ascendant vivant chez l'adhérent	Tout document

4 FORMALITÉS

J'atteste l'exactitude des données personnelles fournies et m'engage à déclarer, dès sa survenance, toute modification ultérieure de ma situation administrative ou familiale.

Conformément à la loi informatique et libertés, nous vous informons que les réponses à ces questions sont obligatoires pour la souscription de la garantie. Elles sont destinées à l'organisme ayant recueilli votre adhésion, ainsi qu'à Mutex, et, le cas échéant, à ses sous-traitants et prestataires pour la gestion et l'exécution de votre contrat. Elles pourront, sauf opposition de votre part, être communiquées à des organismes partenaires à des fins de prospection et vous pourrez ainsi recevoir leurs offres. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre :

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition concernant vos données personnelles ainsi que d'un droit de définir des directives relatives au sort de ces données après le décès. Vous pouvez exercer ces droits par courrier en envoyant votre demande accompagnée d'une copie d'un titre d'identité, auprès du correspondant Informatique et Libertés de Mutex - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex ainsi qu'auprès de l'organisme ayant recueilli votre adhésion. Vos données personnelles sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales. Tout consommateur qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique. **Par ailleurs, la gestion de votre contrat implique la collecte de données de santé vous concernant. Si vous l'acceptez, merci de cocher la case ci-contre :**

Je m'oppose à recevoir vos offres commerciales :

Cachet de l'entreprise et signature du représentant légal

Fait à :

Le :

Signature du salarié :

5 A RETOURNER A :

Harmonie Mutuelle,
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité
Immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538518473
Numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57
Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.