

BULLETIN D'ADHÉSION DE L'ENTREPRISE au régime Frais de santé OBLIGATOIRE

1 INFORMATIONS ENTREPRISE

Raison sociale de l'entreprise:

Adresse du siège social :

Code postal : Ville :

Adresse de correspondance si différente du siège social :

Code postal : Ville :

Effectif salarié :

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

Adhérent FEHAP : oui non

Identité du correspondant de l'entreprise (en lettres capitales)

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : E-mail :

2 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 du 31 octobre 1951.

Date d'effet de l'adhésion : [][] / [][] / [][][][]

3 NIVEAU DE COUVERTURE

- En application de l'avenant n° 2015-01 du 27 janvier 2015, vous devez souscrire une couverture de Frais de santé pour l'ensemble de vos salariés au niveau du régime de base conventionnel. Vous avez la possibilité d'améliorer cette couverture en choisissant une option d'un niveau supérieur. Celle-ci bénéficiera à l'ensemble de vos salariés ayant une ancienneté de 3 mois consécutifs dans votre entreprise.
- Dans le tableau ci-dessous, choisissez le niveau de couverture que vous souhaitez souscrire pour l'ensemble de vos salariés et indiquer également le régime de Sécurité sociale (Régime général ou régime local) duquel votre entreprise relève

ENSEMBLE DU PERSONNEL	COTISATION MENSUELLE	
	<input type="checkbox"/> Régime général	<input type="checkbox"/> Régime local (Alsace/Moselle)
Régime de base (minimum obligatoire)		
<input type="checkbox"/> BASE 1	0,96% PMSS	0,58% PMSS
Régimes de base améliorés au choix de l'entreprise		
<input type="checkbox"/> BASE 2	1,14% PMSS	0,76% PMSS
<input type="checkbox"/> BASE 2 bis	1,46% PMSS	1,08% PMSS
<input type="checkbox"/> BASE 3	1,91% PMSS	1,53% PMSS
<input type="checkbox"/> BASE 4	2,41% PMSS	2,03% PMSS

- Votre participation employeur est au minimum de 50% de la cotisation de la couverture à titre obligatoire de vos salariés et ce, quelle que soit l'option choisie. La part de la cotisation que vous laisserez à la charge de vos salariés fera l'objet d'un précompte sur salaire. Ainsi l'entreprise est responsable du paiement de l'intégralité des cotisations auprès de la mutuelle.

4 FORMALITÉS

Le bulletin d'adhésion doit être retourné à la mutuelle accompagné d'un état du personnel

Nous vous adresserons :

- Dès réception de ces documents : votre contrat et les bulletins individuels d'affiliation,
- Au retour du contrat signé : les notices d'information destinées à vos salariés.

Fait à.....

le

Signature du représentant légal de l'entreprise :

Cachet de l'entreprise

MUTEX et votre mutuelle mettent en oeuvre un traitement de données à caractère personnel afin de gérer votre contrat. Les données collectées sont indispensables à cet effet. Elles pourront être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle et le cas échéant de lutte contre le blanchiment. Vous disposez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes concernant ces données, que vous pouvez exercer par courrier, accompagné d'une copie d'un titre d'identité, auprès de votre mutuelle ou MUTEX.

Je m'oppose à recevoir vos offres commerciales.

5 BULLETIN D'ADHESION À RETOURNER À :

.....

.....

.....

.....



Le contrat est coassuré par Mutex, Adréa Mutuelle, Apréva, Chorum, Eovi-Mcd mutuelle, Harmonie Mutuelle et Mutuelle Ociane.
Organismes présentés dans les conditions générales et la notice d'information.

HARMONIE Mutuelle

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité,
Immatriculée au répertoire Siren sous le numéro 538 518 473
Siège Social : 143, rue Blomet 75015 PARIS