

VOTRE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

CCN n° 3241 - IDCC 1483

Bulletin d'adhésion de l'entreprise

➤ VEILLEZ À COMPLÉTER LE PRÉSENT BULLETIN
ET À L'ADRESSER À VOTRE MUTUELLE.



Identification entreprise

Raison sociale de l'entreprise : _____

Adresse du siège social : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° SIREN : N° SIRET : Code NAF :

Identité du contact à privilégier pour la mutuelle :

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____ Téléphone : _____ E-mail : _____

➤ RÉGIME OBLIGATOIRE SOUSCRIT PAR L'ENTREPRISE POUR L'ENSEMBLE DU PERSONNEL

Je soussigné(e), Mme / M _____ agissant en qualité de _____ ,
ayant pouvoir pour engager l'entreprise, atteste l'exactitude des renseignements fournis, certifie que l'entreprise relève de la
Convention Collective Nationale du Commerce de Détail de l'Habillement et des Articles Textiles, et demande à souscrire au niveau
de garanties ci-dessous pour la catégorie ci-dessous (cocher la case correspondante):

Ensemble du personnel Salariés relevant des articles 4,4 bis et 36 de la CCN AGIRC (salariés cadres)

Salariés non cadres ne relevant pas des articles 4,4 bis et 36 de la CCN AGIRC (salariés non cadres)

Date d'effet :

Nombre de CADRES : _____

Nombre de NON CADRES : _____

Niveau de couverture

Régime conventionnel ^{(1) (2)}

Régime conventionnel + Régime surcomplémentaire 1 ^{(1) (2)}

Régime conventionnel + Régime surcomplémentaire 2 ^{(1) (2)}

Régime Général	
Régime Conventionnel	1,21 % PMSS*
Régime Conventionnel + surcomplémentaire 1	1,52 % PMSS*
Régime Conventionnel + surcomplémentaire 2	1,75 % PMSS*

Régime Alsace-Moselle	
Régime Conventionnel	0,80 % PMSS*
Régime Conventionnel + surcomplémentaire 1	1,11 % PMSS*
Régime Conventionnel + surcomplémentaire 2	1,34 % PMSS*

La participation de l'employeur doit être au minimum de 50% de la cotisation du régime obligatoire choisi.

(1) Le salarié a la possibilité de demander à adhérer, à titre facultatif, à la garantie surcomplémentaire non choisie par l'employeur.

(2) Le salarié peut demander l'extension de ses garanties à ses ayants droit.

* PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale - consultable notamment sur le site de la Sécurité sociale www.ameli.fr

Formalités

La présente demande d'adhésion doit être retournée signée à la mutuelle.
Dès réception, nous vous adresserons les Conditions Générales et Conditions Particulières du régime que vous souhaitez mettre en place.
Au retour des Conditions Particulières régularisées, nous vous transmettrons les notices d'information destinées à vos salariés.

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 (bloctel.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 devez 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).

- 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
- ADREA Mutuelle - Groupe AESIO par mail à l'adresse adrea.dpo@adreamutuelle.fr ou par courrier postal adressé à « ADREA Mutuelle - Groupe AESIO » - Délégué à la Protection des Données - 25 Place de la Madeleine - 75008 PARIS
- APREVA Mutuelle – Groupe AESIO par mail à l'adresse apreva.dpo@apreva.fr ou par courrier postal adressé à « APREVA Mutuelle - Groupe AESIO » - Délégué à la Protection des Données - 25 Place de la Madeleine - 75008 PARIS
- EOVI Mcd Mutuelle – Groupe AESIO par mail à l'adresse eovi-mcd.dpo@eovi-mcd.fr ou par courrier postal adressé à « EOVI Mcd Mutuelle - Groupe AESIO » - Délégué à la Protection des Données - 25 Place de la Madeleine - 75008 PARIS
- CHORUM – par mail à l'adresse dpo@chorum.fr ou par courrier postal adressé à « Service DPO - 4 rue Gambetta - 92240 MALAKOFF
- 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 »

Je m'oppose à recevoir vos offres commerciales

Fait à : _____ Le : _____

Je reconnais avoir pris connaissance du descriptif des garanties

Signature du représentant légal de l'entreprise :

Cachet de l'entreprise

Bulletin à retourner à :



Le contrat est coassuré par Mutex, Adréa Mutuelle, Apréva, Eovi-Mcd Mutuelle, Harmonie Mutuelle, Mutuelle Ociane et Matmut Santé Prévoyance, organismes présentés dans les Conditions Générales et la notice d'information. Les organismes coassureurs sont représentés par Mutex, qu'ils ont mandaté à cet effet en qualité d'apporteur et de coordinateur.

MUTEX, Société Anonyme au capital de 37 302 300 euros - Enregistrée au RCS NANTERRE sous le n° 529 219 040 Entreprise régie par le Code des Assurances Siège social : 125, avenue de Paris - 92327 CHATILLON Cedex.