

CCN DES PRESTATAIRES DE SERVICES DU SECTEUR TERTIAIRE

IDCC n° 2098

Cadre réservé à la Mutuelle

Date d'effet / / 20

N° de gestion du contrat (obligatoire)



Bulletin d'adhésion de l'entreprise au contrat collectif

Frais de santé à **adhésion 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 E-mail (en majuscule)

Forme juridique N° de Siret Code NAF

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

Nom Prénom

Fonction

Tél. E-mail (en majuscule)

2 - Contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par l'entreprise

Je soussigné, Mme/M. agissant en
qualité de ayant pouvoir d'engager l'entreprise, atteste l'exactitude des
renseignements et certifie que l'entreprise relève de la CCN des prestataires de services du secteur tertiaire

Date d'effet de l'adhésion / /

3 - Niveau de couverture

En application des articles L.912-1 et suivants du code de la sécurité sociale, vous devez souscrire au régime de base conventionnelle obligatoire pour le salarié.

Catégorie de personnel concernée : ☐ Ensemble du personnel

Votre participation employeur est au minimum de 50% de la cotisation.

Le paiement de la cotisation y afférent fera l'objet d'un précompte sur salaire.

COTISATIONS mensuelles en pourcentage du salaire brut

Régime général	Base 1 obligatoire		Base 2 obligatoire		Base 3 obligatoire	
		Plafond en euros		Plafond en euros		Plafond en euros
Salarié	<input type="radio"/> 1,57 %	46,00 €	<input type="radio"/> 2,36 %	69,32 €	<input type="radio"/> 2,82 %	82,93 €

Régime local (Alsace-Moselle)	Base 1 obligatoire		Base 2 obligatoire		Base 3 obligatoire	
		Plafond en euros		Plafond en euros		Plafond en euros
Salarié	<input type="radio"/> 1,10 %	32,20 €	<input type="radio"/> 1,65 %	48,52 €	<input type="radio"/> 1,97 %	58,05 €

4 - Formalités

Le présent bulletin d'adhésion de l'entreprise **doit être retourné à la mutuelle** accompagné de la liste du personnel.

Sont joints à la présente demande (cocher les cases) :

- ☐ Un extrait K bis de l'entreprise adhérente,
- ☐ Une copie de la carte d'identité en cours de validité du signataire des contrats,
- ☐ Les bulletins individuels d'affiliation des salariés dûment complétés et signés,
- ☐ La liste du personnel avec salaires : nom/prénom/date de naissance/salaire brut annuel de base (hors primes, hors majorations pour heures supplémentaires ou complémentaires)

Dès réception de votre demande d'adhésion signée, nous vous adresserons :

- votre contrat
- la notice d'information pour vos salariés

Fait à

le

Signature du représentant légal de l'entreprise :

Cachet de l'entreprise

5 - Bulletin d'adhésion à retourner à :

.....

.....

.....

.....

.....

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 - de la 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 », en joignant 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).

L'entreprise :

- s'engage à régler, dès réception des bordereaux de cotisations qui lui seront adressés, les cotisations correspondantes,
- déclare ne pas avoir d'anciens salariés bénéficiant ou susceptibles de bénéficier du dispositif prévu en application de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale (portabilité). Dans le cas contraire, l'entreprise adhérente s'engage à compléter la liste des personnes en portabilité prévue à cet effet.
- certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées au présent bulletin d'adhésion de l'entreprise et a bien noté que toute réticence ou fausse déclaration entraîne la nullité du contrat.

- ☐ Je souhaite recevoir vos offres commerciales

1^{er} exemplaire à retourner signé à la mutuelle.

Second exemplaire à conserver par l'entreprise.

Le contrat collectif de complémentaire santé est coassuré par les organismes assureurs suivants :

Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, numéro LEI n° 969500JLU5ZH89G4TD57.

Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.

Malakoff Médéric Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 775 691 181

Siège social : 21, rue Laffitte 75009 PARIS

