



RÉGIME FRAIS DE SANTÉ OBLIGATOIRE BULLETIN D'ADHÉSION DE L'ENTREPRISE

INFORMATIONS ENTREPRISE

Raison sociale :
 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/Contrat : Code NAF :

IDENTIFICATION DU CORRESPONDANT DE L'ENTREPRISE (EN LETTRES CAPITALES)

Nom : Prénom(s) :
 Fonction :
 Téléphone : E-mail :
 Je soussigné, Mme / M agissant en qualité
 de ayant pouvoir d'engager l'entreprise, certifie l'exactitude des renseignements
 et atteste que l'entreprise relève de le CCN Organismes de formation.

GARANTIES OBLIGATOIRES SOUSCRITES

En application de l'accord du 19/11/15, vous devez couvrir l'ensemble de vos salariés au niveau du minimum conventionnel avec la répartition employeur/salarié. Vous avez la possibilité d'améliorer cette couverture pour vos salariés en choisissant une option d'un niveau supérieur.

L'employeur doit participer pour au moins 50% du financement des cotisations «Isolé» et «Famille» pour toutes adhésions obligatoires (Socle conventionnel et l'Option Obligatoire).

TAUX DE COTISATIONS MENSUELLES À EFFET DU 1 ^{ER} JANVIER 2021				
RÉGIME GÉNÉRAL	Salarié	Salarié cotisation minorée* (apprentis)	Conjoint	Enfant**
Socle conventionnel obligatoire (en % PMSS *)	1,14%	0,57%	1,23%	0,70%
Option facultative n°1 en complément de la cotisation du socle conventionnel obligatoire (en % PMSS *)	1,27%	0,64%	1,40%	0,75%
Option facultative n°2 en complément de la cotisation du socle conventionnel obligatoire (en % PMSS *)	1,41%	0,71%	1,52%	0,76%
RÉGIME ALSACE MOSELLE	Salarié	Salarié cotisation minorée* (apprentis)	Conjoint	Enfant**
Socle conventionnel obligatoire (en % PMSS *)	0,60%	0,30%	0,66%	0,32%
Option facultative n°1 en complément de la cotisation du socle conventionnel obligatoire (en % PMSS *)	0,70%	0,35%	0,80%	0,41%
Option facultative n°2 en complément de la cotisation du socle conventionnel obligatoire (en % PMSS *)	0,72%	0,36%	0,92%	0,42%

Participation employeur à 50% des cot du salarié

*Financement, pendant une période de 1 an - au titre du degré élevé de solidarité - de 100 % de la part salariale de la cotisation des bénéficiaires d'un contrat d'alternance d'une durée inférieure ou égale à 12 mois pour le niveau de couverture obligatoire retenu par l'entreprise.

** gratuité au 3ème enfant

date de fin d'enfant à charge 28 ans

garantie HSS

Maintien de taux 2 ans

Date d'effet de l'adhésion :

L'adhésion de l'entreprise permet aux salariés qui le souhaitent :

de faire bénéficier à leurs ayants droit les garanties obligatoires souscrites par l'entreprise.

d'améliorer, le cas échéant, le niveau des garanties obligatoires souscrites par l'entreprise. L'amélioration choisie par le salarié s'applique à l'ensemble de ses ayants droit pour lesquels il aura retenu l'extension des garanties obligatoires.

La cotisation afférente est à la charge exclusive du salarié.

» DOCUMENTS À JOINDRE À LA PRÉSENTE DEMANDE D'ADHÉSION

Le bulletin d'adhésion doit être retourné à la mutuelle accompagné de :

- » L'extrait K Bis de l'entreprise ;
- » La liste du personnel ;
- » Les bulletins individuels d'affiliation des salariés dûment complétés et signés.

Vous déclarez avoir pris connaissance et signé le devoir d'information et de conseil préalablement à la présente demande d'adhésion.

Vous déclarez avoir reçu le résumé des garanties proposées à la souscription, le(s) document(s) d'information normalisé(s) sur le produit d'assurance, les conditions générales et certifiez avoir pris connaissance des dispositions contenues dans ce document.

Vous certifiez sincères et valables les indications données dans cette demande d'adhésion.

» FORMALITÉS

Fait à :

Le :

Signature du représentant légal de l'entreprise :

Cachet de l'entreprise

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies sur ce bulletin font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre la gestion de l'adhésion de votre entreprise. L'ensemble des données sont indispensables au traitement de l'adhésion de votre entreprise. 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 dans nos conditions générales 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). Conformément à la réglementation en vigueur, vous disposez, en tant que Correspondant d'entreprise, d'un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles, ainsi que d'un droit d'opposition que vous pouvez exercer 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 ». Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité pourra vous être demandée. 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**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS collectif