

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

BULLETIN D'ADHÉSION DE L'ENTREPRISE

ENCADRÉ RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

Date d'effet de l'adhésion : ____/____/____

N° de gestion du contrat (obligatoire) :

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

RAISON SOCIALE

Adresse du siège social :

Code postal : ____ Ville :

Adresse de correspondance (si différente du siège social) :

Code postal : ____ Ville :

Effectif salarié : ____ Nombre de cadres : ____ Nombre de non cadres : ____

Forme juridique : N° SIRET : ____ Code NAF : ____

IDENTITÉ DU CORRESPONDANT DE L'ENTREPRISE (en lettres capitales)

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : ____ E-mail :

CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE SOUSCRIT PAR L'ENTREPRISE

Je soussigné(e), 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 Convention Collective Nationale de la Métallurgie, et demande à souscrire⁽¹⁾ au niveau de garanties ci-dessous pour la catégorie de personnel (cocher la case correspondante) :☐ Ensemble du personnel☐ Autre catégorie de personnel, à préciser :

Date d'effet de l'adhésion : ____/____/____

BÉNÉFICIAIRES ET NIVEAU DE GARANTIES RETENUS

• BÉNÉFICIAIRES :

☐ Couverture obligatoire du **SEUL SALARIÉ**⁽²⁾☐ Couverture obligatoire du **SALARIÉ ET DE SES AYANTS DROIT**

• NIVEAU DE GARANTIES :

☐ BASE⁽³⁾☐ BASE + OPTION 1⁽³⁾☐ BASE + OPTION 2⁽³⁾☐ BASE + OPTION 3⁽³⁾

(1) La souscription doit faire l'objet d'un acte de mise en place au sein de votre entreprise (DUE, accord référendaire ou collectif).

(2) (3) Le salarié aura la possibilité de souscrire, à titre individuel et facultatif, à l'extension des garanties à ses ayants droit et/ou à une amélioration des garanties.

COTISATIONS MENSUELLES EN POURCENTAGE DU PMSS (*) ANNÉE 2020

		BASE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2	BASE + OPTION 3
SALARIÉ SEUL		0,81 %	1,21 %	1,63 %	1,78 %
<i>Les cotisations « Conjoint » et « Enfant » sont précisées sur « l'annexe cotisations » du « bulletin individuel d'affiliation du salarié ».</i>					
		BASE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2	BASE + OPTION 3
SALARIÉ ET SES AYANTS DROIT	☐ Isolé	0,81 %	1,21 %	1,63 %	1,78 %
	☐ Famille	2,15 %	3,10 %	4,08 %	4,47 %
	☐ Isolé	0,81 %	1,21 %	1,63 %	1,78 %
	☐ Duo	1,59 %	2,26 %	3,01 %	3,30 %
	☐ Famille	2,52 %	3,54 %	4,62 %	5,06 %
	☐ Tarif unique Famille	1,58 %	2,21 %	2,92 %	3,20 %

Déterminer ci-dessus la structure de cotisations.

- La participation de l'employeur doit être au minimum de 50% de la cotisation.

Autre taux de participation choisi par l'entreprise : %

(*) PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (valeur consultable sur ameli.fr).

FORMALITÉS

La présente demande d'adhésion doit être retournée auprès de la mutuelle, accompagnée d'un extrait K-bis de moins de 3 mois.

Dès réception, nous vous adresserons votre contrat d'adhésion (Conditions Générales et Conditions Particulières) et les bulletins individuels d'affiliation.

Au retour des Conditions Particulières régularisées, nous vous transmettrons les notices d'information destinées à vos salariés.

PROTECTION DES DONNÉES A CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies sur ce bulletin font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre la gestion de votre adhésion et l'affiliation de vos ayants-droits. Les données « téléphone, téléphone portable, situation familiale, 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, aux organismes assureurs auprès desquels la mutuelle a souscrit un contrat collectif, aux éventuels sous-traitants et prestataires impliqués dans la gestion du contrat ainsi que le cas échéant à nos réassureurs et utilisées aux fins et selon les modalités de conservation et d'hébergement précisées au règlement mutualiste et/ou 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 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, ainsi que vos ayants-droits, 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 - 75 334 Paris cedex 07 (www.cnil.fr).

☐ Je souhaite 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 :



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**



Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Siren sous le numéro Siren 538 518 473, LEI n°969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.

AVANÇONS collectif