

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Bulletin d'adhésion de l'entreprise

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



Encadré réservé à la mutuelle

N° adhérent : _____

N° de contrat : _____

Date d'effet de l'adhésion :

Identification de l'entreprise

Raison sociale _____

Dénomination commerciale : _____ Groupe : _____

Adresse du siège social : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Adresse de correspondance (si différente du siège social) : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Forme juridique : _____ N° SIRET : Code NAF :

Effectif salarié :

Identité du contact à privilégier pour la mutuelle

Nom : _____

Prénom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Régime obligatoire souscrit par l'entreprise

Je soussigné(e), M^{me}/M _____

agissant en qualité de _____ ayant pouvoir d'engager l'entreprise,

atteste l'exactitude des renseignements fournis, certifie que l'entreprise relève de la Convention Collective Nationale des entreprises d'Accoupage et de Sélection, et demande à adhérer au régime ci-dessous pour :

L'ensemble du personnel non cadre (salariés non affiliés à l'AGIRC)

Date d'effet :

Bénéficiaires et niveau de garanties retenus

Les garanties sont fixées par l'avenant 90 du 19/09/2019 à la CCN des entreprises d'accoupage et de sélection, et décrites dans le document joint à la présente demande.

➤ BÉNÉFICIAIRES

La couverture est obligatoire pour le **SALARIÉ ET SES AYANTS DROIT**

➤ NIVEAU DE GARANTIES :

Régime Conventionnel ⁽¹⁾ Régime complémentaire optionnel ⁽²⁾

(1) Le salarié aura la possibilité de souscrire, à titre individuel et facultatif à une amélioration des garanties.

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

COTISATIONS mensuelles en pourcentage du PMSS ⁽³⁾

		Régime conventionnel	Régime complémentaire optionnel Cotisations additionnelles à celles du régime conventionnel
RÉGIME GÉNÉRAL	Par Adulte	1,08 %	0,22 %
	Par Enfant ⁽⁴⁾	0,73 %	0,12 %
RÉGIME LOCAL	Par Adulte	0,65 %	0,22 %
	Par Enfant ⁽⁴⁾	0,44 %	0,12 %

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

Autre taux de participation choisi par l'entreprise : %

(3) PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

(4) Gratuité à partir du 3^e enfant à charge

Formalités

La présente demande d'adhésion doit être retournée en deux exemplaires à la mutuelle ayant compétence sur votre département, accompagnée d'un extrait K-bis de moins de 3 mois et des bulletins individuels d'affiliation de vos salariés.

Dès réception, nous vous retournerons un exemplaire de ladite demande d'adhésion valant certificat d'adhésion, et les notices d'information destinées à vos salariés.

Les données recueillies sont nécessaires à Mutex et votre mutuelle pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat ainsi que pour la gestion commerciale de la relation et sont destinées aux services concernés de ces structures, ainsi que, le cas échéant, à leurs sous-traitants ou prestataires. Mutex et votre mutuelle mettent en œuvre, sous leurs responsabilités respectives, différents traitements de données à caractère personnel concernant l'assuré et ses éventuels bénéficiaires, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de leurs engagements contractuels.

J'accepte de recevoir vos offres commerciales

Je reconnais avoir pris connaissance du descriptif des garanties

Fait à : _____ Le : _____

Signature du représentant légal de l'entreprise :

Cachet de l'entreprise :

A retourner à la mutuelle :



Société anonyme au capital de 37 302 300 euros. Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040

Siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon Cedex.

Agissant en co-assurance avec les mutuelles gestionnaires du régime Frais de santé de la branche des entreprises d'Accoupage et de Sélection

Autorité de Contrôle : ACPR, 4 place de Budapest 75436 Paris Cedex 9