BULLETIN D'ADHESION DE L'ENTREPRISE

Régime Frais de Santé

Convention Collective Nationale de la Coiffure

VOUS DEVEZ ADRESSER VOTRE DOSSIER COMPLET A VOTRE MUTUELLE

Pour faciliter l'enregistrement de votre adhésion, nous vous remercions de compléter toutes les rubriques ci-dessous.

IDENTIFICATION ENTREPRISE – SALON

RAISON SOCIALE

Dénomination du salon : _____

Sigle ou enseigne : _____

Adresse du siège social : _____

_____

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

_____

Forme juridique : _____

N° de SIRET : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Code NAF : _ _ _ _ _

Adhésion chambre patronale

Êtes-vous adhérent auprès d'une chambre patronale ? ❒ Oui ❒ Non

Si oui laquelle ? ❒ CNEC ❒ UNEC

Identité du dirigeant de l'entreprise – salon

Nom (en lettres capitales) _____ Prénom (en lettres capitales) _____

Fonction : _____

Téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ E-mail : _____ @ _____

REGIME OBLIGATOIRE SOUSCRIT PAR L'ENTREPRISE

Je soussigné(e), Mme / M. _____, agissant en qualité de _____, ayant pouvoir d'engager l'entreprise, certifie l'exactitude des renseignements et atteste par le présent bulletin souscrire au régime conventionnel qui ouvre la possibilité aux salariés de souscrire au régime optionnel.

Date d'entrée du salon dans le régime : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Mutex et votre mutuelle mettent en œuvre un traitement de données à caractère personnel, afin de gérer votre contrat. Les données collectées sont indispensables à cet effet. Elles pourront être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle et le cas échéant de lutte contre le blanchiment.

Vous disposez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes concernant ces données, que vous pouvez exercer par courrier, accompagné d'un titre d'identité, auprès de votre mutuelle ou de Mutex.

❒ *Je m'oppose à recevoir vos offres commerciales*

Mutuelle Ociane
GROUPE MATMUT
8 terrasse du Front du Médoc
33054 BORDEAUX CEDEX
05 56 01 57 57
www.ociane.fr

PERSONNEL CONCERNE PAR LE REGIME CONVENTIONNEL FRAIS DE SANTE

❒ **Ensemble des SALARIES (hors apprentissage)**
Cotisation* à 1,314 % du PASS[1] Effectif (préciser le nombre) _ _ _ _

❒ **Ensemble des APPRENTIS et CONTRATS DE QUALIFICATION** [2]
Cotisation* à 1,314 % du PASS[1] Effectif (préciser le nombre) _ _ _ _

* Répartition : 60% à la charge de l'employeur et 40% à la charge du salarié
[1] Plafond annuel de la Sécurité Sociale
[2] Contrat de qualification rémunération < SMIC

GARANTIES DU REGIME CONVENTIONNEL

Elles sont fixées par l'avenant 36 du 8 juillet 2015 et ses annexes à la Convention Collective Nationale de la Coiffure, et décrites dans le document joint à la présente demande.

FORMALITES

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.

Fait à _____

Le _____

Je reconnais avoir pris connaissance du descriptif des garanties

Signature du représentant légal de l'entreprise :

Cachet de l'entreprise

Les mutuelles coassureurs (dont la liste figure dans la notice d'information) sont représentées par Mutex, qu'elles ont mandatée à cet effet en qualité d'apériteur.
Mutex, Société anonyme à directoire et conseil de surveillance, au capital de 37 302 300 euros.
Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040 - Siège social : 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex.
Autorité de Contrôle : A.C.P.R. 61 rue Taitbout - 75009 PARIS.