Convention Collective Nationale
des Établissements d'Enseignement
Privés sous contrat

MUTEX
L'HUMAIN FAIT LA FORCE

SANTÉ eep ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT PRIVÉS

VOTRE RÉGIME
FRAIS DE SANTÉ

Bulletin individuel d'affiliation au contrat EEP Santé

→ VEILLEZ À COMPLÉTER LE PRÉSENT BULLETIN ET À LE REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR AVEC L'ENSEMBLE **DES PIÈCES JUSTIFICATIVES**.

1 - Identification employeur

Etablissement : _____ N° de contrat : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date d'effet de l'adhésion : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

2 - Identification du salarié

Statut ☐ Cadre ☐ Non Cadre (information obligatoire) N° IDCC |_|_|_|_|

Strate _____ Fonction _____

Nom : _____ Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____ Date d'entrée dans l'établissement : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Adresse mail : _____ @ _____ Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Numéro de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Télétransmission Noémie : souhaitez-vous la télétransmission automatique de vos décomptes entre votre régime de Sécurité sociale / Agricole ou Caisses du régime des Etudiants et votre Mutuelle ☐ OUI ☐ NON

3 - Niveau de couverture et cotisations

☒ **J'adhère au socle obligatoire.** La cotisation correspondante est prélevée sur mon bulletin de salaire.

☐ **Je choisis une couverture optionnelle** pour améliorer à titre facultatif les prestations prévues par le socle obligatoire, moyennant une cotisation supplémentaire à ma charge exclusive :

☐ OPTION 1 ☐ OPTION 2

☐ **Je choisis d'affilier à titre facultatif** moyennant une cotisation supplémentaire à ma charge exclusive :

☐ **mon conjoint (ou concubin ou pacsé)** ☐ mon/ mes enfant(s) : Nombre : |_|_|

J'ai noté qu'ils sont couverts par le même niveau de garanties que moi-même.

→ **MONTANT DES COTISATIONS FACULTATIVES MENSUELLES POUR 2017 :**

	☐ Je relève du Régime général de la Sécurité Sociale ou du Régime agricole			☐ Je relève du Régime Alsace-Moselle		
	RÉGIME SOCLE	OPTION 1 (en complément du régime socle)	OPTION 2 (en complément du régime socle)	RÉGIME SOCLE	OPTION 1 (en complément du régime socle)	OPTION 2 (en complément du régime socle)
Salarié		0.29 % du PMSS*	0.77 % du PMSS*		0.29 % du PMSS*	0.77 % du PMSS*
Conjoint	1.26 % du PMSS*	0.29 % du PMSS*	0.77 % du PMSS*	0.76 % du PMSS*	0.29 % du PMSS*	0.77 % du PMSS*
Par enfant (1)	0.63 % du PMSS*	0.16 % du PMSS*	0.42 % du PMSS*	0.38 % du PMSS*	0.16 % du PMSS*	0.42 % du PMSS*

(1) Gratuité à compter du 3ème enfant. - La cotisation est payable mensuellement à terme d'avance dans les 15 premiers jours de chaque mois civil.
** PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3 269 en 2017)*

4 - Identification des bénéficiaires

→ À COMPLÉTER SI VOUS CHOISISSEZ D'AFFILIER VOTRE CONJOINT (OU CONCUBIN OU PACSÉ) ET/OU VOS ENFANTS.

NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ (1)	NUMÉRO SÉCURITÉ SOCIALE	DATE DE NAISSANCE	CODE SS (2)	TÉLÉTRANSMISSION NOÉMIE
		C				❑ OUI ❑ NON
		E				❑ OUI ❑ NON
		E				❑ OUI ❑ NON
		E				❑ OUI ❑ NON
		E				❑ OUI ❑ NON
		E				❑ OUI ❑ NON

(1) Lien de parenté – C : conjoint ou « assimilé » - E : enfant à charge de l'adhérent ou de son conjoint
(2) Code SS – 1 : Régime Général - 2 : Régime Local - 3 : Régime Agricole - 4 : Travailleur indépendant - 5 : Régime étudiant - 6 : autre
Pour les familles de plus de 4 enfants, vous pouvez compléter un autre bulletin que vous joindrez.

5 - Pièces à joindre obligatoirement

Avant de transmettre le bulletin d'affiliation à votre service Ressources Humaines, dûment rempli et signé, MERCI DE JOINDRE :

- La copie de votre attestation d'affiliation de Sécurité sociale (et non votre carte Vitale) et celles de vos ayants droit.
- Un RIB/IBAN pour les remboursements. - Concubin(e) / PACSé(e) : le certificat de concubinage délivré par la mairie ou à défaut un justificatif de domicile commun / copie du PACS.
- Enfant(s) de plus de 18 ans : le certificat de scolarité ou un justificatif de situation.
- Le mandat SEPA complété et signé.

6 - Formalités

Je reconnais avoir reçu le descriptif des garanties du régime et atteste de l'exactitude des renseignements contenus dans ce document et m'engage à en signaler toute modification.
J'accepte que mon adhésion auprès de MUTEX prenne effet à la date d'effet de l'adhésion indiquée sur le présent bulletin et je reconnais avoir été informé du montant des cotisations dues.
J'autorise la mutuelle gestionnaire à prélever sur mon compte bancaire le montant des cotisations et je remplis et signe le mandat de prélèvement figurant ci-après.

Votre organisme assureur met 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.

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

Fait à : _____ **Le :** _____

Signature du salarié précédée de la mention « lu et approuvé »

Cachet de l'établissement

7 - Adresse de retour du bulletin et des pièces justificatives

MUTEX
L'HUMAIN FAIT LA FORCE

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 – 75436 PARIS Cedex 09

16886 - Réalisation PAO MUTEX - 12/2016.