

du 15 mars 1966 - IDCC n° 413

BULLETIN D'ADHÉSION DE L'ENTREPRISE

au régime Frais de santé OBLIGATOIRE

1 INFORMATIONS ENTREPRISE

Raison sociale de l'entreprise:

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 : Code NAE :

Identité du correspondant de l'entreprise (en lettres capitales)

Nom : Prénom :

Téléphone : E-mail :

2 RÉGIME OBLIGATOIRE SOUSCRIT PAR L'ENTREPRISE

Je soussigné, Mme / M agissant en
qualité de ayant pouvoir d'engager l'entreprise, certifie l'exactitude des renseignements, certifie que
l'entreprise relève de la CCN du 15 mars 1966.

Date d'effet de l'adhésion : / /

3 NIVEAU DE COUVERTURE

- En application de l'avenant 328 du 1^{er} septembre 2014, vous devez souscrire au régime de base conventionnel obligatoire, vous avez également la possibilité de renforcer les prestations en souscrivant au régime sur complémentaire optionnel qui bénéficiera à l'ensemble de vos salariés.

Pour le régime de base conventionnel :

	COTISATION MENSUELLE
☐ Régime général	1,48% PMSS
☐ Régime local (Alsace/Moselle)	1,04% PMSS

**Pour le régime
sur-complémentaire
optionnel :**

Pour régime général et régime local		COTISATION MENSUELLE SUPPLÉMENTAIRE
☐ Option 1	☐ Ensemble du personnel ☐ Non cadre* ☐ Cadre**	+ 0,32% PMSS
☐ Option 2	☐ Ensemble du personnel ☐ Non cadre* ☐ Cadre**	+ 0,67% PMSS

*Personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN des cadres de 1947.

****Personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN des cadres de 1947.**

Pour le régime général Pour le régime local	COTISATION GLOBALE RÉGIME OBLIGATOIRE à compléter
	 PMSS

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

- Votre participation employeur est au minimum de 50% de la cotisation, tant sur le régime de base que sur le régime sur-complémentaire optionnel souscrit à titre obligatoire pour l'ensemble des salariés et le paiement de la cotisation y afférent fera l'objet d'un précompte sur salaire.

4 FORMALITÉS

Le bulletin d'adhésion doit être retourné à la mutuelle accompagné d'un état du personnel

Nous vous adresserons :

- Dès réception de ces documents : votre contrat et les bulletins individuels d'affiliation,
- Au retour du contrat signé : les notices d'information destinées à vos salariés.

Fait à

le

Signature du représentant légal de l'entreprise :

Cachet de l'entreprise

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, l'entreprise peut demander communication et rectification de toute information la concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage des organismes assureurs et gestionnaires. L'entreprise peut exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à Mutex, 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex ou à l'organisme ayant recueilli son adhésion.

5 BULLETIN D'ADHESION À RETOURNER À :

.....
.....
.....
.....
.....



Le contrat est coassuré par Adréa Mutuelle, Apréva, Chorum,
Eovi-Mcd Mutuelle, Harmonie Mutuelle et Mutuelle Ociane.
Organismes présentés dans les conditions générales et la notice d'information.

Mutuelle OCIANE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité,
Immatriculée au répertoire Siren sous le numéro 434 243 085
8 Terrasse du Front du Médoc 33054 Bordeaux Cedex.