

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 NAF :

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

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : E-mail :

2 REGIME 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 ALISFA.

Date d'effet de l'adhésion : / /

3 NIVEAU DE COUVERTURE

- En application de l'avenant 02-15 du 15 juillet 2015, vous devez souscrire une couverture frais de santé pour l'ensemble de vos salariés au niveau du régime de base conventionnel. Vous avez la possibilité d'améliorer cette couverture en choisissant une option d'un niveau supérieur.

Pour le régime de base conventionnel :
(minimum obligatoire)

ENSEMBLE DU PERSONNEL	COTISATION MENSUELLE
<input type="checkbox"/> Régime général	1,47% PMSS
<input type="checkbox"/> Régime local (Alsace/Moselle)	0,99% PMSS

Pour le régime sur-complémentaire optionnel :

ENSEMBLE DU PERSONNEL Régime général et Régime local	COTISATION MENSUELLE SUPPLÉMENTAIRE
<input type="checkbox"/> Option 1	+ 0,28% PMSS
<input type="checkbox"/> Option 2	+ 0,60% PMSS

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

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale – Valeur 2015 = 3 170 €

- La participation employeur est au minimum de 50% sur la cotisation salarié tant sur le régime de base que sur le régime sur-complémentaire optionnel souscrit à titre obligatoire pour l'ensemble des salariés. La participation est au moins de 25 % sur la cotisation facultative enfant, la part patronale doit être soumise à charges sociales (elle ne bénéficie pas de l'exclusion plafonnée de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale). Ces cotisations feront l'objet d'un précompte sur salaire.

4 FORMALITES

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

.....

.....

.....

.....

.....



Le contrat est coassuré par Mutex, Adréa Mutuelle, Apréva, Chorum, Eovi-Mcd Mutuelle, Harmonie Mutuelle et la 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.