

Demande d'adhésion Entreprise à un contrat de Prévoyance collective Frais de santé valant Conditions Particulières : Entreprises du BOIS*

Cadre réservé à OCIANE

GRC :
N° Contrat Commercial :
N° Contrat Technique :

■ Identification de l'entreprise (le souscripteur)

Raison sociale Effectif :
N° SIRET Code NAF Forme juridique
Convention Collective N° IDCC
Adresse du Siège social
Code postal Ville
Téléphone Fax
E-mail@.....
Adresse pour la correspondance
(Si différente du siège social)
Code postal Ville

■ Représentant de l'entreprise habilité à signer la présente demande d'adhésion

Civilité NOM Prénom
Fonction E-mail :@.....
Date de naissance ou N° Sécurité sociale

■ Garanties souscrites

L'employeur choisit un régime de base obligatoire pour l'ensemble des salariés non cadres. Chaque salarié a ensuite la possibilité de souscrire individuellement un niveau sur complémentaire facultatif (3 niveaux au choix si l'employeur a souscrit un niveau de base sans Option régionale).

Régime de base obligatoire (socle commun à tous vos salariés non cadres) :

☒ BASE ☐ Option Régionale 1 ☐ Option Régionale 2 ☐ Option Régionale 3

L'affiliation au régime de base obligatoire BASE ouvre le droit pour vos salariés de souscrire à une garantie sur complémentaire facultative de niveau supérieur.

■ Date d'effet et durée du contrat

A quelle date souhaitez-vous mettre en place ces garanties ? 2 0

L'échéance du présent contrat est fixée au 31 décembre de chaque année. Il se renouvelle par tacite reconduction par période annuelle, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec demande d'avis de réception deux mois au moins avant l'échéance.

■ Collège concerné par l'adhésion

☒ Salariés non cadres

■ Nature de l'adhésion

☒ Adhésion au régime de base obligatoire
☒ Adhésion au régime sur-complémentaire facultatif

■ Nature juridique de l'acte instaurant le régime

☐ Décision Unilatérale de l'Employeur ☐ Convention collective

A quelle date l'acte a-t-il été mis en place ou modifié ? 0 1 2 0
J J M M A A A A

Le souscripteur s'engage par ailleurs à informer la mutuelle de toute modification portée à l'acte instaurant le régime (ou à l'avenant modifiant cet acte) ayant une incidence sur la gestion du contrat frais de santé.

* Entreprises relevant du champ d'application de l'article 22-3° du code rural (à l'exception de l'Office Nationale des Forêts), représentées par la Fédération Nationale du Bois (FNB), la Fédération des Entrepreneurs des Territoires (EDT) et les Forestiers Privés de France (FPF)

■ Personnes concernées par le caractère obligatoire de l'adhésion

☒ Salarié seul ☐ Conjoint ☐ Enfant(s)

Le contrat ne peut être obligatoire que pour un conjoint ayant droit au sens du régime obligatoire d'assurance maladie maternité c'est-à-dire non cotisant au régime obligatoire. La qualité d'ayant droit du salarié doit être justifiée annuellement. Les personnes non concernées par le caractère obligatoire de l'adhésion ont la possibilité de s'affilier au régime à titre facultatif.

■ Cotisations

Montant mensuel des cotisations du régime de base obligatoire (socle commun à tous vos salariés non cadres) :

Tarifs valables à compter du :

0	1
---	---

--	--

2	0			
---	---	--	--	--

J J M M A A A A

Salarié >		€	Part Prise en charge par l'entreprise		% De la cotisation du salarié
Conjoint >		€	Part Prise en charge par l'entreprise		% De la cotisation du conjoint
Enfant >		€	Part Prise en charge par l'entreprise		% De la cotisation par enfant

L'employeur prend en charge au minimum 50% de la cotisation obligatoire du salarié. En cas de modification du pourcentage de prise en charge, vous vous engagez à transmettre l'information à votre correspondant groupe

Les cotisations intègrent la TSCA (Taxe Spéciale sur les Contrats d'Assurance) et la taxe de solidarité additionnelle destinée au financement de la CMU. Elles s'entendent hors impacts éventuels d'une évolution des remboursements du Régime Obligatoire, des obligations conventionnelles ou de la réglementation sociale et fiscale.

■ Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations seront payées d'avance, selon un fractionnement :

☒ Mensuel (prélèvement sur compte bancaire)

La cotisation de la base obligatoire sera appelée intégralement à l'entreprise, y compris la part du salarié et des ayants droit en cas de participation de l'employeur. La cotisation de la garantie sur complémentaire sera appelée directement au salarié.

■ L'entreprise reconnaît avoir reçu les documents suivants et en avoir pris connaissance :

☐ Les Statuts d'Ociane et les Conditions générales ☐ La Notice d'Information Salarié
☐ Le Descriptif des garanties ☐ Le Livret Ociane Assistance

■ L'entreprise s'engage à fournir :

☒ Un extrait Kbis datant de moins de 3 mois (pour les sociétés inscrites au Registre du Commerce)
☒ Une copie des statuts (pour les associations uniquement)
☒ Un mandat de prélèvement SEPA et un RIB (pour règlement des cotisations par prélèvement sur compte bancaire)

Fait à Le :

--	--

--	--

2	0			
---	---	--	--	--

Pour OCIANE
Le Directeur Général,

Pour l'entreprise adhérente
Le représentant légal de l'entreprise,

Stéphane HASSELOT

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »

■ Personnes concernées par le caractère obligatoire de l'adhésion

☒ Salarié seul ☐ Conjoint ☐ Enfant(s)

Le contrat ne peut être obligatoire que pour un conjoint ayant droit au sens du régime obligatoire d'assurance maladie maternité c'est-à-dire non cotisant au régime obligatoire. La qualité d'ayant droit du salarié doit être justifiée annuellement. Les personnes non concernées par le caractère obligatoire de l'adhésion ont la possibilité de s'affilier au régime à titre facultatif.

■ Cotisations

Montant mensuel des cotisations du régime de base obligatoire (socle commun à tous vos salariés non cadres) :

Tarifs valables à compter du :

0	1
---	---

--	--

2	0		
---	---	--	--

J J M M A A A A

Salarié ▷		€	Part Prise en charge par l'entreprise		% De la cotisation du salarié
Conjoint ▷		€	Part Prise en charge par l'entreprise		% De la cotisation du conjoint
Enfant ▷		€	Part Prise en charge par l'entreprise		% De la cotisation par enfant

L'employeur prend en charge au minimum 50% de la cotisation obligatoire du salarié. En cas de modification du pourcentage de prise en charge, vous vous engagez à transmettre l'information à votre correspondant groupe

Les cotisations intègrent la TSCA (Taxe Spéciale sur les Contrats d'Assurance) et la taxe de solidarité additionnelle destinée au financement de la CMU. Elles s'entendent hors impacts éventuels d'une évolution des remboursements du Régime Obligatoire, des obligations conventionnelles ou de la réglementation sociale et fiscale.

■ Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations seront payées d'avance, selon un fractionnement :

☒ Mensuel (prélèvement sur compte bancaire)

La cotisation de la base obligatoire sera appelée intégralement à l'entreprise, y compris la part du salarié et des ayants droit en cas de participation de l'employeur. La cotisation de la garantie sur complémentaire sera appelée directement au salarié.

■ L'entreprise reconnaît avoir reçu les documents suivants et en avoir pris connaissance :

- | | |
|---|--|
| ☐ Les Statuts d'Ociane et les Conditions générales | ☐ La Notice d'Information Salarié |
| ☐ Le Descriptif des garanties | ☐ Le Livret Ociane Assistance |

■ L'entreprise s'engage à fournir :

- ☒ Un extrait Kbis datant de moins de 3 mois (*pour les sociétés inscrites au Registre du Commerce*)
- ☒ Une copie des statuts (*pour les associations uniquement*)
- ☒ Un mandat de prélèvement SEPA et un RIB (*pour règlement des cotisations par prélèvement sur compte bancaire*)

Fait à Le :

--	--

--	--

2	0		
---	---	--	--

Pour OCIANE
Le Directeur Général,

Pour l'entreprise adhérente
Le représentant légal de l'entreprise,

Stéphane HASSELOT

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »