

BULLETIN D'ADHÉSION DE L'ASSOCIATION

Régime Frais de santé

1 VOUS DEVEZ ADRESSER VOTRE DOSSIER COMPLET À LA MUTUELLE

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

2 INFORMATIONS ASSOCIATION

Raison Sociale

Raison sociale de l'association :

Adresse du siège social :

Code postal : Ville :

Adresse de correspondance si différente du siège social :

Code postal : Ville :

Forme juridique : N° de SIRET : Code NAF :

Identité du correspondant de l'association

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : E-mail : @.....

Effectif salarié :

3 RÉGIME OBLIGATOIRE SOUSCRIT PAR L'ASSOCIATION

Je soussigné, Mme / M agissant en qualité de ayant pouvoir d'engager l'association, certifie l'exactitude des renseignements, certifie que l'association relève de la CCN des Personnels Familles Rurales.

Date d'effet de l'adhésion : / /

Le régime concerne l'ensemble des salariés sous réserve qu'ils aient été déclarés au moment de l'adhésion de l'association.

4 NIVEAU DE COUVERTURE

- En application de l'Accord collectif du 1^{er} avril 2015, vous devez souscrire le régime conventionnel de base ci-dessous :

	Famille au sens SS
Régime général	3,15% PMSS
Régime local	2,21% PMSS

*PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale – Valeur 2017 = 3 269 €

■ Participation patronale

Votre participation employeur est au minimum de 50% de la cotisation

Autre taux de participation choisi par l'association : %

5 FORMALITÉS

La présente demande d'adhésion doit être retournée auprès de la mutuelle accompagnée d'un état du personnel

Nous vous adresserons :

- dès réception de ces documents : votre contrat d'adhésion et les bulletins individuels d'adhésion;
- au retour du contrat signé : les notices d'information destinées à vos salariés.

Fait à.....

le

Signature du représentant légal de l'association :

Cachet de l'association

Conformément à la loi informatique et libertés, nous vous informons que les réponses à ces questions sont obligatoires pour la souscription de la garantie. Elles sont destinées à l'organisme ayant recueilli votre adhésion, ainsi qu'à Mutex, et, le cas échéant, à ses sous-traitants et prestataires pour la gestion et l'exécution de votre contrat. Elles pourront, sauf opposition de votre part, être communiquées à des organismes partenaires à des fins de prospection, ou être utilisées pour le compte de ces derniers, et vous pourrez ainsi recevoir leurs offres.

Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre :

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition concernant vos données personnelles ainsi que d'un droit de définir des directives relatives au sort de ces données après le décès. Vous pouvez exercer ces droits par courrier en envoyant votre demande accompagnée d'une copie d'un titre d'identité, auprès du correspondant Informatique et Libertés de Mutex - 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex ainsi qu'auprès de l'organisme ayant recueilli votre adhésion. Vos données personnelles sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales. Tout consommateur qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique.

6 À RETOURNER À :

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

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

EOVI-MCD Mutuelle

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité,
Immatriculée au répertoire Siren sous le numéro 317 442 176
Siège Social : 25, route de Monfavet – BP 2034
84023 AVIGNON CEDEX 1