

DOSSIER COMPLET À ADRESSER À VOTRE MUTUELLE
À L'ADRESSE SUIVANTE :

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 ensemble du personnel : _____

Salariés non cadres : _____ Salariés cadres : _____

Forme juridique : _____ N° SIRET : _____ Code NAF : _____

IDENTITÉ DU CORRESPONDANT DE L'ENTREPRISE (en lettres capitales)

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

ADHÉSION

Je soussigné(e), M^{me}/M _____
agissant en qualité de _____ ayant pouvoir d'engager l'entreprise,

certifie l'exactitude des renseignements et atteste par la présente demander à souscrire au régime conventionnel à titre obligatoire.

Le cas échéant, cette demande d'adhésion ouvre également la possibilité aux salariés de souscrire au régime optionnel à titre facultatif, et d'étendre à leurs ayants-droit les garanties dont ils bénéficient.

Date d'effet : _____

GARANTIES OBLIGATOIRES FRAIS DE SANTÉ

L'employeur choisit une garantie de base obligatoire pour ses salariés. Chaque salarié a ensuite la possibilité de souscrire individuellement un niveau optionnel facultatif en fonction du niveau de base souscrit par l'entreprise.

■ VOS CHOIX :

Garanties obligatoires :

Socle de base Base + option 1 Base + option 2

Bénéficiaires :

Couverture obligatoire du SALARIÉ SEUL Couverture obligatoire SALARIÉ + AYANTS DROIT

■ COTISATIONS APPLICABLES AU RÉGIME :

Régime Général

	Salarié	Conjoint**	Enfant**
Taux de cotisations en % du PMSS*			
Si vous souscrivez la garantie « Base » à titre obligatoire	1,53 %	1,53 %	0,65 %
Dans le cadre du régime optionnel			
Pour accéder à l'Option 1	+ 0,24 %	+ 0,26 %	+ 0,15 %
Pour accéder à l'Option 2	+ 0,54 %	+ 0,61 %	+ 0,29 %
Si vous souscrivez la garantie « Option 1 » à titre obligatoire	1,74 %	1,75 %	0,78 %
Dans le cadre du régime optionnel			
Pour accéder à l'Option 2	+ 0,30 %	+ 0,35 %	+ 0,13 %
Si vous souscrivez la garantie « Option 2 » à titre obligatoire	1,98 %	2,03 %	0,89 %

Régime Local

	Salarié	Conjoint**	Enfant**
Taux de cotisations en % du PMSS*			
Si vous souscrivez la garantie « Base » à titre obligatoire	1,04 %	1,04 %	0,42 %
Dans le cadre du régime optionnel			
Pour accéder à l'Option 1	+ 0,24 %	+ 0,26 %	+ 0,15 %
Pour accéder à l'Option 2	+ 0,54 %	+ 0,61 %	+ 0,29 %
Si vous souscrivez la garantie « Option 1 » à titre obligatoire	1,25 %	1,26 %	0,56 %
Dans le cadre du régime optionnel			
Pour accéder à l'Option 2	+ 0,30 %	+ 0,35 %	+ 0,13 %
Si vous souscrivez la garantie « Option 2 » à titre obligatoire	1,49 %	1,53 %	0,66 %

* PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. ** Les ayants droit bénéficient du même niveau de garanties que le salarié. Gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

■ Votre participation employeur est au minimum de 50% de la cotisation, tant sur le régime conventionnel «Base» que sur l'éventuel régime sur-complémentaire optionnel souscrit à titre obligatoire au profit de vos salariés. La part de la cotisation à la charge de vos salariés fera l'objet d'un précompte sur salaire. Ainsi l'entreprise est responsable du paiement de l'intégralité des cotisations auprès de la mutuelle.

MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

■ GARANTIES OBLIGATOIRES FRAIS DE SANTÉ :

> Les cotisations sont payées selon les modalités suivantes :

Prélèvement (SEPA) DSN

> Les cotisations sont payées selon un fractionnement :

Mensuel Trimestriel

La cotisation de la couverture obligatoire est appelée intégralement à l'entreprise, y compris la part du salarié.

■ GARANTIES FACULTATIVES FRAIS DE SANTÉ:

> Les cotisations facultatives sont à la charge exclusive du salarié et sont appelées selon les modalités choisies ci-après (votre choix s'applique pour l'ensemble de vos salariés) :

prélèvement sur le compte bancaire du salarié

précompte salarial (vous vous engagez à procéder au versement des cotisations telles qu'elles figurent au présent document pour la couverture des risques correspondants)

FORMALITÉS

La présente demande d'adhésion doit être retournée à la mutuelle, accompagnée des documents suivants :

- un état du personnel
- une copie des statuts (pour les associations uniquement)
- un extrait K-bis de moins de 3 mois (pour les sociétés inscrites au Registre du Commerce)
- un mandat de prélèvement SEPA et un RIB (pour règlement des cotisations par prélèvement bancaire)

Nous vous adresserons :

- dès réception de ces documents : votre(vos) contrat(s) et les bulletins individuels d'affiliation pour vos salariés,
- au retour du(des) contrat(s) signé(s) : la notice d'information destinée à vos salariés.

Je reconnais avoir pris connaissance du descriptif des garanties

Fait à : _____ Le : _____

Signature du représentant légal de l'entreprise :

Cachet de l'entreprise

Dans le cadre de l'adhésion de vos salariés, ceux-ci confient à ADREA Mutuelle et ses partenaires des données personnelles les concernant ou concernant leurs ayants droit (en particulier des données de santé).

ADREA Mutuelle, responsable du traitement, traite ces données pour l'exécution du contrat. Celles-ci seront conservées le temps nécessaire pour répondre aux finalités des traitements. Conformément à la réglementation en vigueur (Règlement général sur la protection des données, dit « RGPD », du 27 avril 2016 et Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée), ils bénéficient d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, d'un droit à la portabilité et d'un droit à la limitation du traitement des données, ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de leurs données après leur décès. Pour plus d'informations sur ces droits, nous vous invitons à consulter la charte de protection des données à caractère personnel : <https://www.adrea.fr/protection-donnees>

Ils peuvent exercer leur droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) :

· soit en envoyant un mail à : adrea.dpo@adrea.fr

· soit par courrier à l'adresse suivante : MUTUELLE ADREA - Groupe AÉSIO, Délégué à la Protection des Données, 25 place de la Madeleine 75008 PARIS.

En cas de réclamation relative aux données à caractère personnel, il est possible de saisir la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) www.cnil.fr ; 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Ils disposent également du droit de de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr), et peuvent à tout moment refuser le démarchage par voie électronique.

Assureur du contrat :

ADRÉA MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Immatriculée sous le n° 311 799 878 - Siège social : 25 place de la Madeleine - 75008 PARIS.

Assureur de la garantie assistance : IMA Assurance Société Anonyme au capital de 5 000 000 euros, entreprise régie par le Code des Assurances - RCS Niort n°481.511.632 - 118 avenue de Paris - 79000 NIORT.

Distributeur des garanties :

EOVI MCD MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité - Immatriculée sous le n° 317 442 176 - Siège social: 173 rue de Bercy - CS 31802 - 75584 PARIS Cedex 12.