

EMPLOYEUR

Demande d'adhésion 2018

MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

mutuelle
SANTÉ
de l'Yonne

Le contrat de mutuelle est souscrit par l'association d'assurés Santé Cœur de Puisaye. En souscrivant à la mutuelle, vous adhérez préalablement à l'association. Ces 2 affiliations se font par ce formulaire.

Tous les champs sont obligatoires, informations à renseigner en lettres MAJUSCULES

VOTRE SOUSCRIPTION AU CONTRAT COLLECTIF N° E 10 2 003 01

Date d'effet souhaitée

___ / ___ / _____

(1) Nouvelle adhésion

Modification d'un contrat existant

J'adhère à l'association

N° _____

EMPLOYEUR (IMPLANTATION CONCERNÉE)

Raison sociale / nom _____

📍 Adresse _____

Complément d'adresse _____

Code postal | _ | _ | || _ | _ | _ |

Commune _____

📞 Téléphone (2) | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

@ Mail (2) _____

Activité professionnelle _____

||||| N° Siret du siège | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Code APE | _ | _ | _ | _ | || _ |

N° IDCC (3) | _ | _ | _ | _ | OU Libellé CCN (3) _____

Vous, représentant légal

Civilité Madame Monsieur

Nom _____

Prénom _____

Coordonnées de correspondance (si différentes)

Raison sociale _____

📍 Adresse _____

Complément _____

Code postal | _ | _ | || _ | _ | _ |

Commune _____

📞 Téléphone (2) | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | @ Mail (2) _____

Effectif implantation

Nombre de salariés

_____ Affiliés à l'AGIRC

+

_____ Non affiliés à l'AGIRC

=

_____ Ensemble du personnel

PRISE EN CHARGE DU PERSONNEL CADRE

Nombre de salariés _____ Taux de financement employeur _____ %
Minimum 50% de la cotisation du salarié (formule de base retenue)

Le financement par l'employeur s'applique à (4) :

- Seulement l'employé L'employé, son conjoint et ses enfants

Quelle formule de garantie retenez-vous ? Vos salariés pourront choisir cette formule ou une formule supérieure (5).

Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5
Initiale	Confort 150	Confort 200	Confort 300	Premium
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PRISE EN CHARGE DU PERSONNEL NON-CADRE

Nombre de salariés _____ Taux de financement employeur _____ %
Minimum 50% de la cotisation du salarié (formule de base retenue)

Le financement par l'employeur s'applique à (4) :

- Seulement l'employé L'employé, son conjoint et ses enfants

Quelle formule de garantie retenez-vous ? Vos salariés pourront choisir cette formule ou une formule supérieure (5).

Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5
Initiale	Confort 150	Confort 200	Confort 300	Premium
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LISTE DES SALARIES À ASSURER

Merci de joindre à ce bulletin d'affiliation la liste de vos salariés, dans un tableau présentant les informations suivantes :

Civilité	Prénom	Nom	Date d'entrée dans l'entreprise	Cotisant à l'AGIRC ? Oui / Non	N° de sécurité sociale
----------	--------	-----	---------------------------------	-----------------------------------	------------------------

Je certifie sincères et véritables les informations renseignées dans ce document et j'atteste avoir pris connaissance des statuts de l'Association souscriptrice du contrat, préalablement à la signature du présent bulletin de souscription.

Fait le ___ / ___ / _____ à _____

📄 Documents à joindre pour l'adhésion :

- Photocopie de votre carte d'identité recto verso ou passeport en cours de validité
- Relevé d'identité bancaire de l'entreprise
- Extrait Kbis de la société de moins de douze mois

📁 Dossier complet à renvoyer à votre contact conseiller :

par courrier à **Santé de l'Yonne, QAPE - Immeuble BuroVert - ZA Les Hâtes du Vernoy – 89130 Toucy**,
ou par email (bulletin d'affiliation et documents scannés ou pris en photo) à gestion@mutuelle-sante-yonne.fr




Législation relative au traitement des données à caractère personnel

Les informations recueillies ont un caractère obligatoire pour le traitement de votre dossier. Sauf avis contraire de votre part adressé à QAPE - Immeuble BuroVert - ZA Les Hâtes du Vernoy - 89130 Toucy, ces informations peuvent être communiquées à des tiers pour les besoins de l'exécution et de la gestion du contrat.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes concernant ces données que vous pouvez exercer par courrier auprès de : QAPE - Immeuble BuroVert - ZA Les Hâtes du Vernoy - 89130 Toucy

NOTES

- (1) **Réponse unique ou multiple ? Combien de cases cocher ?**
Avec vous devez choisir une seule réponse.
Avec vous pouvez choisir 0 ou 1 ou plusieurs réponses.
- (2) **Téléphone et mail**
Préférez le téléphone et le mail « de correspondance », c'est-à-dire celui du service ou de la personne qui répond aux questions de mutuelle complémentaire santé dans l'entreprise.
Si l'entreprise ne dispose pas de boîte mail, laissez le champ mail vide.
- (3) **IDCC : Identifiants Des Conventions Collectives ou libellé CCN : Convention Collective Nationale**
Renseignez au moins une des 2 informations : IDCC ou CCN.
Si vous préférez renseigner le libellé de votre Convention Collective Nationale, merci d'en indiquer le libellé exact.
En cas de doute, la liste des Conventions Collectives est à votre disposition sur le [site internet Légifrance](#).
- (4) **Extension familiale de la prise en charge des salariés**
Vous pouvez choisir d'étendre (ou de ne pas étendre) au cercle familial de votre employé, la participation financière de l'entreprise.
Vous pouvez choisir l'amplitude de cette extension entre conjoint, enfant(s) ou les deux.
Notez que le taux de financement appliqué sera le même que celui consenti au salarié lui-même.
- (5) **Choix de la formule de base retenue**
La formule de base que vous choisissiez constituera pour les salariés la formule « minimum » qu'ils pourront choisir.
Au moment de leur affiliation individuelle, les salariés pourront donc choisir cette formule OU une formule supérieure.
Le financement employeur, quel que soit le choix du salarié, reste le taux de financement appliqué à la formule choisie par l'employeur.
Donc même quand un salarié choisit d'une formule supérieure à la formule de base retenue par l'employeur, ce choix n'a aucune répercussion financière pour l'employeur. La différence entre les 2 formules revient entièrement à la charge de l'employé.