

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE  
DE LA COIFFURE ET DES PROFESSIONS CONNEXES  
IDCC N°2596

# VOTRE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

## BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION AU RÉGIME D'ACCUEIL

**À COMPLÉTER ET À ADRESSER À VOTRE MUTUELLE  
AVEC L'ENSEMBLE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES INDIQUÉES  
EN PARTIE 3 À L'ADRESSE SUIVANTE :**

Affiliation	Numéro d'adhérent : _____
Date de la demande* : _____	Modification Date de la demande* : _____
	Modifications administratives**    Ajout ou radiation d'ayant(s)-droit    Changement d'option

\* : la date de la demande permet de déterminer la date d'effet selon les conditions fixées par la Notice d'Information  
\*\* sous réserve de la production de documents justificatifs

### INFORMATIONS

#### IDENTIFICATION ENTREPRISE

Raison sociale de l'entreprise : \_\_\_\_\_  
N° de contrat : \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICATION BÉNÉFICIAIRE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_  
Numéro de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Situation de famille :    Marié(e)    Célibataire    Veuf(ve)    Divorcé(e)    Concubin(e)    Pacsé(e)  
Situation :    Retraité / Pré-retraité  
                  Bénéficiaire d'une rente d'incapacité, d'invalidité ou d'un revenu de remplacement (allocation chômage)  
                  Ayant(s)-droit de l'assuré décédé  
Date de rupture du contrat de travail ou de départ à la retraite ou de décès : \_\_\_\_\_

NB : Seuls peuvent demander à adhérer :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, pour eux-mêmes et le cas échéant pour leurs ayants-droit, à condition d'être couverts par le régime frais de santé de l'entreprise à la date de la rupture du contrat de travail, ou à la date de fin de la portabilité. La demande de maintien doit être faite dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail ou la fin de la portabilité.
- ou les ayants-droit d'un salarié décédé couverts par le régime frais de santé de l'entreprise à la date du décès. La demande de maintien doit être faite dans les six mois suivant le décès. La demande de maintien de garantie porte exclusivement sur le niveau de couverture « frais de santé » dont le demandeur bénéficiait au moment de la sortie du régime collectif de l'entreprise.

### IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES

Pour votre affiliation et celle de vos ayants droit ou pour la radiation de ces derniers, merci de compléter le tableau ci-dessous :

Adhésion	Radiation	Nom	Prénom	Lien <sup>(1)</sup>	N° Sécurité sociale	Date de naissance	Connexion NOÉMIE <sup>(2)</sup>	
		_____	_____	_____	_____	_____	Oui	Non
		_____	_____	_____	_____	_____	Oui	Non
		_____	_____	_____	_____	_____	Oui	Non
		_____	_____	_____	_____	_____	Oui	Non
		_____	_____	_____	_____	_____	Oui	Non

<sup>(1)</sup> Lien de parenté <sup>(2)</sup> Télétransmission des décomptes : cocher « oui » ou « non »

**IMPORTANT :**

En cas de radiation des effectifs de votre entreprise, vous devrez retourner à la mutuelle gestionnaire sans délai votre carte de tiers payant.

## PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

### PIÈCES À JOINDRE

Adhérent	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.</li> <li>• Copie du livret de famille.</li> <li>• Relevé IBAN du compte bancaire ou postal sur lequel vous désirez recevoir les prestations.</li> <li>• Le cas échéant, relevé IBAN du compte bancaire ou postal et mandat SEPA pour le paiement des cotisations facultatives.</li> </ul>
Conjoint	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.</li> </ul>
Concubin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.</li> <li>• Photocopie d'un justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture énergétique, d'un avis d'imposition...</li> </ul>
Partenaire de PACS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.</li> <li>• Photocopie du pacte civil de Solidarité ou attestation d'inscription au Registre du greffe du Tribunal d'Instance.</li> </ul>
Enfant de moins de 26 ans et enfant atteint d'une maladie chronique ou incurable l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale du salarié ou du conjoint ou concubin, justifiant de la qualité d'ayant droit à ce titre ou attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale de l'enfant.</li> <li>• Pour l'enfant de moins de 26 ans : un certificat de scolarité de l'année en cours ou une copie de la carte d'étudiant, ou une copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, ou une copie de l'inscription au Pôle emploi à laquelle sera joint le certificat de scolarité de la dernière année d'étude.</li> <li>• Pour les enfants atteints d'une maladie chronique ou incurable : une copie du document accordant à l'enfant l'allocation d'enfant handicapé (AEH) ou l'allocation d'adulte handicapé (AAH) ou une copie de la carte d'invalidité ou mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code l'action sociale et des familles.</li> </ul>

Certaines pièces justificatives ont une durée de validité d'un an. Votre mutuelle vous demandera de lui transmettre les justificatifs afin de prolonger les droits de vos enfants à charge. Elle se réserve par ailleurs le droit de réclamer toutes autres pièces justificatives complémentaires.

## COTISATION(S) MENSUELLE(S) À CHARGE DE L'ANCIEN SALARIÉ

En vertu des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi « ÉVIN »), vous pouvez conserver les mêmes garanties que celles dont vous bénéficiez dans votre entreprise en adhérant à titre individuel et facultatif au régime d'accueil. Vous devez effectuer la demande auprès de votre mutuelle dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le cas échéant suivant la date à laquelle prend fin le maintien prévu à l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale. Vos ayants droit peuvent également en bénéficier dès lors qu'ils étaient précédemment affiliés.

### > Base conventionnelle :

LOI EVIN - CGN COIFFURE ET PROFESSIONS CONNEXES (0JW7702M)					
Retraités ou pré-retraités ou anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou d'un revenu de remplacement ou anciens salariés post portabilité ANI ou ayants-droit d'un salarié décédé					
	Taux de cotisations exprimés en % du PMSS <sup>(1)</sup> en vigueur	Ancien salarié ou ayants-droit de salarié décédé <sup>(2)</sup>			Conjoint
		Année 1	Année 2	Années 3 et suivantes	
BASE CONVENTIONNELLE	Régime général	1,402 %	1,753 %	2,031 %	1,529 %
	Régime local	1,142 %	1,428 %	1,655 %	1,244 %

(1) Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur (2) Les cotisations à la charge des ayants-droit d'un salarié décédé sont identiques à celles de l'ancien salarié pour le conjoint et restent inchangées pour l'enfant.

### > Régime optionnel :

LOI EVIN - CGN COIFFURE ET PROFESSIONS CONNEXES (0JW7702M)					
Retraités ou pré-retraités ou anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou d'un revenu de remplacement ou anciens salariés post portabilité ANI ou ayants-droit d'un salarié décédé					
	Taux de cotisations exprimés en % du PMSS <sup>(1)</sup> en vigueur	Ancien salarié ou ayants-droit de salarié décédé <sup>(2)</sup>			Enfant <sup>(3)</sup>
		Année 1	Année 2	Années 3 et suivantes	
<input type="checkbox"/>	CONFORT	+ 0,803 %	+ 1,004 %	+ 1,205 %	+ 0,499 %
<input type="checkbox"/>	CONFORT +	+ 1,150 %	+ 1,438 %	+ 1,725 %	+ 0,733 %

(1) Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur (2) Les cotisations à la charge des ayants-droit d'un salarié décédé sont identiques à celles de l'ancien salarié pour le conjoint et restent inchangées pour l'enfant. (3) Gratuité à compter du 3ème enfant

## > Mode de paiement et périodicité

Mode de paiement :  Chèque  Prélèvement\*

Mode de paiement :  **Mensuelle** (prélèvement uniquement)  **Trimestrielle** **Autre** (préciser) :

\*Jour de prélèvement (choisi en application des modalités de gestion de la mutuelle) : \_\_\_\_\_

Pour le paiement de la cotisation par prélèvement, vous devez joindre un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé.

## MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES

Nouvelle adresse, telle que précisée en première page du présent document (NB : si changement de département, joindre l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale à jour).

Changement de régime, de n° de Sécurité sociale ou de caisse d'affiliation (joindre l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale à jour)

Changement de nom (joindre un justificatif : copie de l'acte de mariage, de divorce...)

Changement de coordonnées bancaires (joindre obligatoirement le nouveau relevé IBAN)

## FORMALITÉS

Je reconnais avoir reçu un exemplaire des statuts de la mutuelle, du Document d'Information sur le Produit d'Assurance (DIPA), de la notice d'information des garanties souscrites, du tableau de garanties frais de santé.

Je certifie avoir pris connaissance des dispositions de ces documents et avoir été informé de l'ensemble de mes droits et obligations.

J'accepte la mise en ligne des données me concernant dans l'espace adhérent du site Internet de la mutuelle. Ces données sont sécurisées et ne sont consultables que par moi-même après identification par mot de passe et code d'accès.

Je certifie l'exactitude de l'ensemble des informations renseignées dans le présent document et le mandat SEPA associé.

Oui, j'accepte de recevoir à des fins de prospection commerciale, les avantages des partenaires de Viasanté Mutuelle :

SMS      E-mail

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'ancien salarié :

Dans le cadre de votre adhésion, vous confiez à Viasanté Mutuelle des données personnelles vous concernant ou concernant vos ayants droit (en particulier des données de santé).

Viasanté 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), les adhérents 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.viasante.fr/contenu/rgpd/>

Les adhérents peuvent exercer leurs droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) :

- soit en envoyant un mail à : [informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr](mailto:informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr)
- soit par courrier à l'adresse suivante : AG2R LA MONDIALE - À l'attention du Délégué à la Protection des données - 104-110 boulevard Haussmann - 75379 PARIS CEDEX 08.

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](http://www.cnil.fr) ; 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Les adhérents disposent également du droit de se désinscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)), et peuvent à tout moment refuser le démarchage par voie électronique.