

VOTRE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION DU SALARIÉ OU
BULLETIN INDIVIDUEL DE MODIFICATION OU
DEMANDE DE RADIATION D’UN SALARIÉ



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



AFFILIATION

Date d’effet* :

Modification Numéro d’adhérent :

- Modifications administratives**
 Ajout ou radiation d’ayant(s)-droit
 Changement d’option

Date de la demande*** :

* la date d’effet correspond à la date d’entrée dans les effectifs à assurer ou à la fin d’une dispense.

** sous réserve de la production de documents justificatifs.

*** la date de la demande permet de déterminer la date d’effet selon les conditions fixées par la Notice d’Information.

Veillez à compléter le présent bulletin et à le remettre à votre employeur avec l’ensemble des pièces justificatives indiquées en partie 5.

Dossier complet à adresser par l’employeur à l’adresse suivante :

1. INFORMATIONS

1. Identification entreprise (à compléter par l’employeur)

Raison sociale de l’entreprise : _____

N° de contrat : _____

Garanties obligatoires souscrites par l’entreprise : **Base**

2. Identification salarié

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : Ville : _____

Téléphone :

E-mail : _____

Numéro de Sécurité sociale :

Date de naissance :

Situation de famille :

- Marié(e) Veuf(ve) Concubin(e)
 Célibataire Divorcé(e) Pacsé(e)

Nombre d’enfants à charge :

Si le salarié est en apprentissage, cochez cette case :

Catégorie :

- A01 Salarié + enfants Régime général
 P01 Apprentis + enfants Régime général
 A08 Salarié + enfants Alsace Moselle
 P08 Apprentis + enfants Alsace Moselle

Date d’entrée dans le salon :

2. COTISATIONS APPLICABLES AU RÉGIME

Cotisations mensuelles en % du PMSS*	Base conventionnelle	
	Régime général	Régime Local
Salarié et enfant(s) à charge	1,402 %	1,142 %

* PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale ** : Gratuité à partir du 3^{ème} enfant et des suivants.

Pour la garantie « base conventionnelle », la participation employeur est au minimum de 59 % de la cotisation « salarié + enfant(s) à charge ». Pour le régime optionnel souscrit à titre obligatoire pour l’ensemble des salariés ou pour l’ensemble des salariés et leur(s) enfant(s) à charge, la participation employeur est au minimum de 50 % des cotisations correspondantes. Les cotisations relatives au conjoint et aux options souscrites à titre facultatif sont à la charge exclusive du salarié et sont prélevées sur son compte bancaire.

3. RÉGIME FACULTATIF SOUSCRIT PAR LE SALARIÉ

1. Adhésion du conjoint :

Je souhaite étendre la(les) garantie(s) souscrite(s) à titre obligatoire par mon employeur, à mon conjoint, en contrepartie du paiement d'une cotisation additionnelle.

- C01 - Conjoint Régime Général
 C08 - Conjoint Régime Alsace Moselle

2. Régime optionnel facultatif :

- Je souhaite souscrire, pour moi-même et mes ayants-droit à une option en complément des garanties souscrites à titre obligatoire par mon employeur*.
 Je suis déjà couvert par une garantie optionnelle et je souhaite la modifier pour moi-même et mes ayants-droit*.

* Cocher la case correspondant au niveau d'option choisi dans le tableau ci-dessous :

Cotisations mensuelles en % du PMSS*	Base conventionnelle	
	Régime général	Régime Local
Conjoint facultatif	1,019 %	0,829 %
	Régime optionnel	
	<input type="checkbox"/> CONFORT (02G)	<input type="checkbox"/> CONFORT + (03G)
Adulte	+ 0,803 %	+ 1,150 %
Enfant**	+ 0,499 %	+ 0,733 %

* PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale ** : Gratuité à partir du 3^{ème} enfant et des suivants.

Adhésion au régime optionnel :

Les régimes optionnels proposés peuvent être choisis librement, à votre initiative, dans les conditions suivantes :

- l'adhésion doit être effectuée dans les trois premiers mois de la date d'adhésion de votre entreprise au régime conventionnel ou de votre embauche. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante, (adhésion en cours d'année possible en cas de changement de situation personnelle ou professionnelle) ;
- l'adhésion concerne le salarié et s'il le souhaite ses ayants-droit affiliés au régime conventionnel. Tous doivent souscrire le même niveau d'option.

Modification du choix d'option :

- le passage d'un niveau de garanties inférieur à un niveau supérieur s'effectue au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve d'une demande écrite au moins deux mois avant l'échéance annuelle ;
- en cas de changement de situation personnelle ou professionnelle, il est possible de modifier son choix d'option, à la baisse comme à la hausse, en cours d'année. Dans ce cas, vous bénéficiez des garanties du niveau choisi au plus tôt le premier jour du mois suivant l'événement.

3. Mode de paiement et périodicité

Mode de paiement : Chèque

Prélèvement*

Périodicité : 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.

4. 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 ⁽¹⁾	N° Sécurité sociale	Date de naissance	Connexion NOÉMIE ⁽²⁾
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

(1) Lien de parenté.

(2) 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.

9. DEMANDE DE RADIATION D'UN SALARIÉ DE L'ENTREPRISE (À COMPLÉTER PAR L'ENTREPRISE)

Date de suspension ou de fin de contrat de travail :

1. Motif :

- Suspension du contrat de travail non indemnisée et sans maintien de garantie.
 Nature de la suspension (à préciser) :

Départ en retraite : _____

Décès du salarié (joindre un acte de décès) / Date du décès : _____

2. Fin du contrat de travail pouvant ouvrir droit à portabilité :

Date d'embauche du salarié : _____

- Licenciement (sauf faute lourde)
 Fin de CDD
 Démission pour suivi du conjoint
 Rupture conventionnelle

3. Autre fin de contrat de travail sans droit à portabilité :

- Licenciement pour faute lourde
 Démission (hors suivi du conjoint)
 Autre motif de fin de contrat de travail (à préciser) :

10. 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'autorise, le cas échéant, mon employeur à prélever sur mon salaire le montant de la part salariale de la cotisation.

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.

Fait à : _____

Le : _____

Signature du représentant légal :

Cachet de l'entreprise :

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Vos données à caractère personnel ainsi que celles de vos éventuels ayants droit sont collectées et traitées par AG2R LA MONDIALE, en tant que distributeur et gestionnaire pour le compte de VIASANTÉ Mutuelle, membre du Groupe AG2R LA MONDIALE, en sa qualité d'assureur et responsable de traitement, pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, dont l'analyse des données, dans le cadre des obligations de conseil nous incombant. Vos données collectées au moyen d'un formulaire papier ou en ligne et signalées comme obligatoires sont nécessaires à la bonne exécution de votre contrat, leur absence pourrait entraîner la nullité de ce dernier. Vos données peuvent également être utilisées pour poursuivre nos intérêts légitimes de protection (notamment en matière de lutte contre la fraude pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude), de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos adhérents.

Elles sont également traitées pour satisfaire à nos obligations notamment en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Dans le cadre de la gestion du contrat, nous sommes susceptibles de recevoir des données à caractère personnel en provenance de la personne morale souscriptrice du contrat dont vous êtes salarié(e) et des régimes obligatoires de Sécurité sociale. Dans le cadre de ces traitements, vos données sont transmises aux services en relation avec vous et vos ayants-droit, et aux sous-traitants et partenaires qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées et, aux administrations et autorités publiques concernées. Vos données sont conservées pendant la durée du contrat et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de 3 ans après votre dernier contact ou au terme de votre contrat.

Vous, ainsi que vos éventuels ayants droit, disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant et leur rectification. Vous disposez, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation de leur traitement. Enfin, vous avez la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès. Vous disposez, en outre, du droit de vous opposer au traitement de vos données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment à leur utilisation à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité (sauf si les éléments communiqués dans le cadre de votre demande permettent de vous identifier de façon certaine) à AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données - 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex ou à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr. Nous apportons la plus grande attention à vos données personnelles, néanmoins si vous considérez que le traitement de vos données porte atteinte à vos droits vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://www.bloctel.gouv.fr/>

Pour en savoir plus sur notre politique de protection de la vie privée et des données à caractère personnel, retrouvez des explications complémentaires sur les sites internet de VIASANTÉ Mutuelle <https://www.viasante.fr/contenu/protection-vie-privee/> et AG2R LA MONDIALE <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

