

BULLETIN D'ADHÉSION PRÉVOYANCE

A compter du 01/05/2023



1 IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR

Raison sociale : _____

N° SIREN :

NIC du Siège :

Adresse du Siège :

CP:

Ville :

2 INTERLOCUTEUR EN CAS DE BESOIN

Nom/Prénom : _____

Tél. :

Email :

3 EFFECTIFS DE LA STRUCTURE EMPLOYEUR

Nb. d'établissements (Siret distincts) : | |

Nb. de salariés Non Cadres :

Nb. de salariés Cadres :

Autres effectifs :

Effectif total de la structure : _____

4 GARANTIES SOUHAITÉES

Les garanties assurées au sein de chaque contrat sont détaillées dans le "Tableau des garanties de prévoyance" joint à la présente demande.

	Taux de cotisation en % du salaire brut			
	Non Cadre		Cadre	
	TA	TB	TA	TB/TC
Régime Conventionnel	2,206 %	2,206 %	2,206 %	3,308 %

DATE D'EFFET SOUHAITÉE | J | J | M | M | A | A

5 PERSONNEL À ASSURER

Préciser les informations suivantes par catégorie de personnel	Effectif à la date d'adhésion	Masses Salariales annuelles estimées
Personnel Non Cadre		TA
		TB
Personnel Cadre ⁽¹⁾ <i>(article 4 de la convention AGIRC)</i>		TA
		TB/TC

Code NAF de l'activité dont relève ce personnel : | | | | |

Nom de l'éventuel Syndicat Employeur :

L'accord CHRS est-il appliqué dans son intégralité aux salariés à assurer ? ☐ Oui ☐ Non

Ces assurés bénéficient-ils d'un précédent contrat de prévoyance collective complémentaire :

☐ Oui, auprès de Harmonie Mutuelle ESS ; dans ce cas, préciser si ce précédent contrat doit :

☐ être résilié ou ☐ rester actif

☐ Oui, auprès d'un autre assureur ; en fournir une copie et préciser son nom _____

☐ Non, pas de précédent contrat



6 CHOIX DU DISPOSITIF DE GESTION

Nous vous invitons à préciser les modalités de mise en oeuvre de votre contrat de prévoyance. La structure employeur ayant plusieurs établissements peut opter pour une gestion centralisée de son contrat ou laisser à chaque structure le soin de se gérer.

A noter : Si la présente demande d'adhésion ne porte que sur l'ajout d'une option ou d'une population (cas C ci-dessous), la gestion des cotisations et prestations pour cette option sera alignée sur celle du régime de base en vigueur.

☐ **Cas A : Gestion centralisée** (association monosite ou multi-établissements en gestion regroupée)
Les salariés seront affiliés sur l'établissement siège qui sera le destinataire unique des décomptes et prestations versées.

ADRESSE COTISATIONS (envoi des avis d'appel) :

☐ Le siège de la structure employeur mentionnée au recto

☐ Autre destinataire :

SIRET | | | | | | | | | | | | | | | | | |

N° et rue :

CP : Ville :

ADRESSE PRESTATIONS (envoi des décomptes) :

☐ Le siège de la structure employeur mentionnée au recto

☐ Autre destinataire :

SIRET | | | | | | | | | | | | | | | | | |

N° et rue :

CP : Ville :

☐ **Cas B : Gestion MULTISITES** (les établissements sont gérés de manière distincte) ☐

Merci de joindre un formulaire « Inscription d'établissement » pour chacun des sites, y compris le siège, accompagné(s) de la liste du personnel à affilier et de la déclaration des risques en cours. Préciser le nombre de formulaires joints

7 PERSONNEL À AFFILIER À LA DATE D'EFFET

Si vous devez déclarer un plus grand nombre de salariés
merci de renseigner le formulaire « liste du personnel à affilier » prévu à cet effet

CAT. (1)	NOM (2)	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° SÉCURITÉ SOCIALE	SITUATION DE FAMILLE (3)	DATE EMBAUCHE
			JJ/MM/AA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		JJ/MM/AA
				_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
				_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
				_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
				_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		

- (1) Catégories : NC = Non Cadre, C = Cadre
(2) Pour les femmes mariées, merci d'indiquer le nom marital
(3) Merci d'indiquer l'abréviation de situation C = Célibataire, veuf(ve), divorcé(e), séparé(e), M = Marié(e), P = Partenaire de PACS, U = Concubinage, suivi du nombre d'enfants à charge (ex = M2 pour marié et 2 enfants à charge)
- ☐ Je déclare qu'aucun des salariés ci-dessus n'est en arrêt de travail, en invalidité, en incapacité permanente professionnelle ou en temps partiel thérapeutique à la date d'effet, qu'aucun ancien salarié n'est indemnisé par un précédent contrat de prévoyance et ne pas avoir connaissance d'ayants droit d'anciens salariés décédés bénéficiaires de rente d'éducation, handicap ou de conjoint en vertu d'un contrat prévoyance collective souscrit antérieurement.
- ☐ L'un au moins des salariés ci-dessus est en arrêt de travail, et je joins à ce bulletin le formulaire "Déclaration des Risques en cours".

TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies sur ce bulletin font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre la gestion de votre adhésion et l'affiliation de vos ayants droit. Les données « téléphone, téléphone portable, situation familiale, e-mail » sont demandées à titre facultatif, l'ensemble des autres données étant indispensable au traitement de votre adhésion.

Elles sont destinées à la mutuelle et aux organismes assureurs auprès desquels la mutuelle a souscrit un contrat collectif, ainsi qu'aux éventuels sous-traitants et prestataires impliqués dans la gestion du contrat et utilisées aux fins et selon les modalités de conservation et d'hébergement précisées à la notice d'information, de passation et de gestion (y compris commerciale) du contrat ainsi que pour garantir les obligations légales de la Mutuelle (lutte contre les fraudes, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme).

Vous serez avisé des informations et des services et solutions d'Harmonie Mutuelle par courrier ou téléphone, sauf si vous vous y opposez en vous connectant sur votre espace Harmonie & Moi ou en informant le DPO d'Harmonie Mutuelle, conformément aux modalités indiquées ci-après. Par ailleurs, vous pouvez également à tout moment vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

Conformément à la réglementation en vigueur, vous, ainsi que vos ayants droit, disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de portabilité de vos données personnelles, et pouvez décider de leur sort après votre décès. Vous disposez en outre, pour des motifs légitimes d'un droit à la limitation des traitements, d'un droit au retrait de votre consentement, d'un droit à l'effacement et d'un droit d'opposition.

Vous pouvez exercer vos droits auprès du Responsable Protection des données – Data Protection Officer – de la Mutuelle par mail à l'adresse dpo@harmonie-mutuelle.fr ou par courrier postal adressé à « Harmonie Mutuelle – Service DPO – 29 quai François Mitterrand – 44273 Nantes Cedex 2 ». Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité pourra vous être demandée.

En cas de réclamations relatives au traitement de vos données personnelles et à l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 (www.cnil.fr).

- ☐ Vous déclarez avoir pris connaissance et signé le devoir d'information et de conseil préalablement à la présente demande d'adhésion.
- ☐ Vous déclarez avoir reçu le résumé des garanties proposées à la souscription, le(s) document(s) d'information normalisé(s) sur le(s) produit(s) d'assurance, les Conditions Générales et certifiez avoir pris connaissance des dispositions contenues dans ce document.
- ☐ Vous certifiez sincères et valables les indications données dans cette demande d'adhésion.

DOCUMENTS A JOINDRE A LA PRESENTE DÉCLARATION

- ☐ Statuts de l'association si non déjà adhérent à Harmonie Mutuelle ESS
- ☐ Copie d'un bulletin de salaire récent pour chaque catégorie de salariés concernée (cadre, non cadre...)
- ☐ Formulaire(s) d'inscription d'établissement mentionné(s) en 6 si applicable (Cas B)
- ☐ Liste(s) du personnel à affilier et le cas échéant, déclaration(s) des risques en cours pour chaque site déclaré (cf 6 et/ou 7)
- ☐ Extrait du JO constatant la déclaration en préfecture ou Extrait K-Bis de moins de 3 mois.

Attention, toute fausse déclaration ou toute réticence intentionnelle de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en atténuer l'importance pour l'organisme assureur peut entraîner la nullité du contrat de prévoyance.

Nom et qualité du signataire :

Signature et cachet du souscripteur

Date