

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 + CONFORT

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 - OP2 Salarié + enfants Regime général
 P01 - OP2 Apprentis + enfants Regime général
 A08 - OP2 Salarié + enfants Alsace Moselle
 P08 - OP2 Apprentis + enfants Alsace Moselle

Date d’entrée dans le salon :

2. Identification salarié

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : Ville : _____

Téléphone :

E-mail : _____

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 %
	Régime optionnel obligatoire	
	CONFORT	
Salarié	+ 0,803 %	
Enfant**	+ 0,499 %	

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.

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

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.

- C02 - Conjoint Régime Général
 C09 - Conjoint Régime Alsace Moselle

2. 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.

Cotisations mensuelles en % du PMSS*	Base conventionnelle	
	Régime général	Régime Local
Conjoint facultatif	1,019 %	0,829 %
	Régime optionnel (0JW7692M)	
	CONFORT (02G)	
Adulte	+ 0,803 %	

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

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.

5 . PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

	Pièces à joindre
Adhérent	<ul style="list-style-type: none"> - Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale. - Copie du livret de famille. - Relevé IBAN du compte bancaire ou postal sur lequel vous désirez recevoir les prestations. - Le cas échéant, relevé IBAN du compte bancaire ou postal et mandat SEPA pour le paiement des cotisations facultatives.
Conjoint	<ul style="list-style-type: none"> - Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale.
Concubin	<ul style="list-style-type: none"> - Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale. - Photocopie d'un justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture énergétique, d'un avis d'imposition...
Partenaire de PACS	<ul style="list-style-type: none"> - Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale. - Photocopie du pacte civil de Solidarité ou attestation d'inscription au Registre du greffe du Tribunal d'Instance.
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"> - 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. - 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. - 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.

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.

6 . 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).
- 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 et un mandat SEPA).

7 . DEMANDE DE MAINTIEN DE GARANTIE EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL SANS INDEMNISATION

- Je demande le maintien de mes garanties, pour moi-même et mes ayants droit, pendant la durée de suspension de mon contrat de travail (les conditions du maintien sont précisées dans la notice d'information).

Le cas échéant, en cas de participation patronale, préciser son montant : _____

Joindre obligatoirement un relevé IBAN accompagné d'un mandat SEPA en cas de paiement des cotisations par prélèvement.

Date d'effet : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

8. 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) :

9. 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>

RETOURNER TOUS LES DOCUMENTS DANS LA MÊME ENVELOPPE

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'entreprise d'assurance figurant ci-dessous à envoyer des instructions à votre banque pour débitez votre compte, et vous autorisez votre banque à débitez votre compte conformément aux instructions de l'entreprise d'assurance.

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA

FR6638Z398656

COORDONNÉES DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Code postal : | | | | | Ville : _____

DESTINATAIRE DU PAIEMENT

AG2R Prévoyance
12 Rue Edmond Poillot
28931 CHARTRES CEDEX 9

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL

COMPTE À DÉBITER – PAIEMENT RÉCURRENT

BIC (Bank Identification Code)

IBAN (International Bank Account Number)

DESTINATAIRE DU MANDAT

Votre centre de gestion
AG2R Prévoyance
Service affiliations

Fait à : _____ Le : | | | | |

Signature du titulaire du compte à débitez :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ASSURÉ | | | | |



GROUPE AG2R LA MONDIALE

VIASANTÉ Mutuelle. Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120. Membre d'AG2R LA MONDIALE - Siège social : VIASANTÉ Mutuelle 14-16, boulevard Malesherbes - 75008 PARIS.