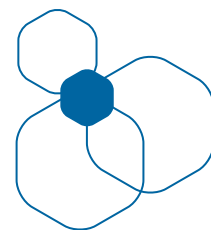


CCN DES BUREAUX D'ÉTUDES TECHNIQUES, DES CABINETS D'INGÉNIEURS CONSEILS ET DES SOCIÉTÉS DE CONSEILS

IDCC n° 1486



Cadre réservé à la Mutuelle

Date d'effet / / 20

N° de gestion du contrat (obligatoire)

Bulletin d'adhésion de l'entreprise au contrat collectif Frais de santé à **adhésion obligatoire**

1 - Informations entreprise

Raison sociale de l'entreprise

Adresse du siège social

Code postal |.....| Ville

Adresse de correspondance si différente du siège social

Code postal |.....| Ville

Effectif salarié |.....| E-mail (en majuscule)

Forme juridique N° de Siret |.....| |.....| |.....| |.....| Code NAF |.....| |.....|

Identité du correspondant de l'entreprise (en lettres capitales)

Nom Prénom

Fonction

Tél. |.....| |.....| |.....| |.....| E-mail (en majuscule)

2 - Contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par l'entreprise

Je soussigné, Mme/M agissant en qualité de ayant pouvoir d'engager l'entreprise, atteste l'exactitude des renseignements et certifie que l'entreprise relève de la CCN des bureaux d'études techniques, des cabinets d'ingénieurs conseils et des sociétés de conseils.

Date d'effet de l'adhésion |.....| / |.....| / |.....|

3 - Niveau de couverture

En application des articles L.912-1et suivants du code de la sécurité sociale, vous devez souscrire au régime de base conventionnelle obligatoire pour le salarié et ses enfants à charge.

Catégorie de personnel concernée : Ensemble du personnel

Salariés relevant des articles 4,4 bis et 36 de la CCN AGIRC (agents de maîtrise et cadres)

Salariés non cadres ne relevant pas des articles 4,4 bis et 36 de la CCN AGIRC (employés)

Nombre de CADRES et AGENTS DE MAITRISE :

Nombre de NON CADRES :

Vous avez également la possibilité de renforcer les prestations en souscrivant au niveau complémentaire qui bénéficiera à l'ensemble de vos salariés à titre obligatoire.

Votre participation employeur est au minimum de 50% de la cotisation, tant sur le régime de base que sur le régime optionnel souscrit à titre obligatoire pour l'ensemble des salariés. Le paiement de la cotisation y afférent fera l'objet d'un précompte sur salaire.

Régime choisi par l'entreprise	Base obligatoire		Base + Option 1 obligatoire		Base + Option 2 obligatoire	
	RG*	RL*	RG*	RL*	RG*	RL*
Salarié + enfants à charge	<input type="radio"/> 47 €	<input type="radio"/> 31 €	<input type="radio"/> + 9 €	<input type="radio"/> + 9 €	<input type="radio"/> + 21 €	<input type="radio"/> + 21 €
Extension conjoint obligatoire	<input type="radio"/> + 34 €	<input type="radio"/> + 22 €	<input type="radio"/> + 8 €	<input type="radio"/> + 8 €	<input type="radio"/> + 18 €	<input type="radio"/> + 18 €

* : RG : Régime Général - RL : Régime Local Alsace Moselle.

4 - Formalités

Le présent bulletin d'adhésion de l'entreprise **doit être retourné à la mutuelle** accompagné de la liste du personnel.

Sont joints à la présente demande (cocher les cases) :

- Un extrait K bis de l'entreprise adhérente,
- Une copie de la carte d'identité en cours de validité du signataire des contrats,
- Les bulletins individuels d'affiliation des salariés dûment complétés et signés,
- La liste du personnel.

Dès réception de votre demande d'adhésion signée, nous vous adresserons :

- votre contrat
- la notice d'information pour vos salariés

Fait à

le

Signature du représentant légal de l'entreprise :

Cachet de l'entreprise

5 - Bulletin d'adhésion à retourner à :

.....

.....

.....

.....

.....

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, l'entreprise peut demander communication et rectification de toute information la concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage des organismes assureurs et gestionnaires. L'entreprise peut exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à Harmonie Mutuelle, 143 rue Blomet 75015 Paris.

L'entreprise :

- s'engage à régler, dès réception des bordereaux de cotisations qui lui seront adressés, les cotisations correspondantes,
- déclare ne pas avoir d'anciens salariés bénéficiant ou susceptibles de bénéficier du dispositif prévu en application de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale (portabilité). Dans le cas contraire, l'entreprise adhérente s'engage à compléter la liste des personnes en portabilité prévue à cet effet.
- certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées au présent bulletin d'adhésion de l'entreprise et a bien noté que toute réticence ou fausse déclaration entraîne la nullité du contrat.

- Je ne souhaite pas recevoir les offres commerciales de l'Institution et de ses partenaires - (1) Cocher la case correspondante.

- **1^{er} exemplaire à retourner signé à la mutuelle.**
- **Second exemplaire à conserver par l'entreprise.**