

CONVENTION COLLECTIVE
NATIONALE DE TRAVAIL
DES ÉTABLISSEMENTS ET
SERVICES POUR PERSONNES
INADAPTEES ET
HANDICAPÉES
DU 15 MARS 1966
(CCN 66)
IDCC N°0413

DOSSIER COMPLET À ADRESSER À VOTRE ORGANISME ASSUREUR
À L'ADRESSE SUIVANTE :

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 ensemble du personnel : _____

Salariés non cadres : _____ Salariés cadres : _____

Forme juridique : _____ N° SIRET : _____ Code NAF : _____

IDENTITÉ DU CORRESPONDANT DE L'ENTREPRISE (en lettres capitales)

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

ADHÉSION

Je soussigné(e), M^{me}/M _____
agissant en qualité de _____ ayant pouvoir d'engager l'entreprise,
certifie l'exactitude des renseignements et atteste par la présente demander à souscrire au régime conventionnel à titre obligatoire.

Le cas échéant, cette demande d'adhésion ouvre également la possibilité aux salariés de souscrire au régime optionnel à titre facultatif et d'étendre à leurs ayants-droit les garanties dont ils bénéficient.

Date d'effet : _____

GARANTIES OBLIGATOIRES FRAIS DE SANTÉ

L'employeur choisit une garantie de base obligatoire pour ses salariés. Chaque salarié a ensuite la possibilité de souscrire individuellement un niveau optionnel facultatif en fonction du niveau de base souscrit par l'entreprise.

■ VOS CHOIX :

Garanties obligatoires :

Socle de base Base + option 1 Base + option 2

Bénéficiaires :

Couverture obligatoire du SALARIÉ SEUL Couverture obligatoire SALARIÉ + AYANTS DROIT

■ COTISATIONS APPLICABLES AU RÉGIME :

Régime Général

	Salarié	Conjoint**	Enfant**
Taux de cotisations en % du PMSS*			
Si vous souscrivez la garantie « Base » à titre obligatoire	1,48 %	1,61 %	0,73 %
Dans le cadre du régime optionnel	+ 0,35 %	+ 0,35 %	+ 0,18 %
Pour accéder à l'Option 1			
Pour accéder à l'Option 2	+ 0,74 %	+ 0,74 %	+ 0,36 %
Si vous souscrivez la garantie « Option 1 » à titre obligatoire	1,80 %	1,93 %	0,89 %
Dans le cadre du régime optionnel	+ 0,39 %	+ 0,39 %	+ 0,18 %
Pour accéder à l'Option 2			
Si vous souscrivez la garantie « Option 2 » à titre obligatoire	2,15 %	2,28 %	1,06 %

Régime Local

	Salarié	Conjoint**	Enfant**
Taux de cotisations en % du PMSS*			
Si vous souscrivez la garantie « Base » à titre obligatoire	0,89 %	0,97 %	0,44 %
Dans le cadre du régime optionnel	+ 0,35 %	+ 0,35 %	+ 0,18 %
Pour accéder à l'Option 1			
Pour accéder à l'Option 2	+ 0,74 %	+ 0,74 %	+ 0,36 %
Si vous souscrivez la garantie « Option 1 » à titre obligatoire	1,21 %	1,29 %	0,60 %
Dans le cadre du régime optionnel	+ 0,39 %	+ 0,39 %	+ 0,18 %
Pour accéder à l'Option 2			
Si vous souscrivez la garantie « Option 2 » à titre obligatoire	1,56 %	1,64 %	0,77 %

* PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. ** Les ayants droit bénéficient du même niveau de garanties que le salarié

■ Votre participation employeur est au minimum de 50% de la cotisation, tant sur le régime conventionnel «Base» que sur l'éventuel régime sur-complémentaire optionnel souscrit à titre obligatoire au profit de vos salariés. La part de la cotisation à la charge de vos salariés fera l'objet d'un précompte sur salaire. Ainsi l'entreprise est responsable du paiement de l'intégralité des cotisations auprès de l'organisme assureur.

MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

■ GARANTIES OBLIGATOIRES FRAIS DE SANTÉ :

> Les cotisations sont payées selon les modalités suivantes :

Prélèvement (SEPA) DSN

> Les cotisations sont payées d'avance selon un fractionnement :

Mensuel Trimestriel

La cotisation de la base obligatoire est appelée intégralement à l'entreprise, y compris la part du salarié.

■ GARANTIES FACULTATIVES FRAIS DE SANTÉ :

> Les cotisations facultatives sont à la charge exclusive du salarié et sont appelées selon les modalités choisies ci-après (votre choix s'applique pour l'ensemble de vos salariés) :

prélèvement sur le compte bancaire du salarié

précompte salarial (vous vous engagez à procéder au versement des cotisations telles qu'elles figurent au présent document pour la couverture des risques correspondants)

FORMALITÉS

La présente demande d'adhésion doit être retournée à l'organisme assureur, accompagnée des documents suivants :

- un état du personnel
- une copie des statuts (pour les associations uniquement)
- un extrait K-bis de moins de 3 mois (pour les sociétés inscrites au Registre du Commerce)
- un mandat de prélèvement SEPA et un RIB (pour règlement des cotisations par prélèvement bancaire)

Nous vous adresserons :

- dès réception de ces documents : votre(vos) contrat(s) et les bulletins individuels d'affiliation pour vos salariés,
- au retour du(des) contrat(s) signé(s) : la notice d'information destinée à vos salariés.

Je reconnais avoir pris connaissance du descriptif des garanties

Fait à : _____ Le : _____

Signature du représentant légal de l'entreprise :

Cachet de l'entreprise

Dans le cadre de l'adhésion de vos salariés, ceux-ci confient à l'organisme assureur et à l'organisme gestionnaire des données personnelles les concernant ou concernant leurs ayants droit (en particulier des données de santé).

Aussi, 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 en dernier lieu par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), nous avons adopté une politique de protection de ces données. Cette politique est disponible sur le site internet www.malakoffhumanis.com ainsi qu'en agence, sur simple demande.

Cette charte permettra ainsi à vos salariés de prendre connaissance :

• des catégories de données personnelles que nous sommes susceptibles de collecter, en particulier des données de santé qui font l'objet d'une vigilance particulière en termes de sécurité ;

• de l'utilisation qui peut être faite de ces données (finalités de traitement) ;

• des raisons qui peuvent nous conduire à partager leurs données avec des tiers (délégués de gestion, partenaires, intermédiaires, etc.) ;

• du cadre dans lequel leurs données peuvent nécessiter un transfert hors de l'Union Européenne ;

• des durées de conservation applicables à leurs données personnelles (en fonction de leur nature et de la finalité de leur traitement) ;

• des droits dont ils disposent sur leurs données conformément à la réglementation applicable et des moyens pour vous en prévaloir y compris en cas de réclamation ;

• des mesures que nous prenons pour assurer une sécurité optimale de leurs données et des procédures que nous mettons en œuvre en cas d'incident affectant ces données.

Ils disposent du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr), et ils peuvent à tout moment refuser le démarchage par voie électronique.

Pour toute information ou exercice de leurs droits sur les traitements de données personnelles effectués par l'organisme assureur ou gestionnaire, ils peuvent contacter notre Délégué à la Protection des Données (DPO) en accompagnant leur demande d'une copie d'un titre d'identité comportant leur signature (carte d'identité, passeport), soit en envoyant un mail à : adrea.dpo@adreamutuelle.fr, soit par courrier à l'adresse suivante : Malakoff Humanis - ADREA Mutuelle - Groupe AÉSIO, Délégué à la Protection des Données, 25 place de la Madeleine 75008 PARIS.

Le contrat est coassuré par ADREA Mutuelle, APREVA Mutuelle, EOVI-MCD Mutuelle et Malakoff Humanis Prévoyance. Organismes présentés dans les conditions générales et la notice d'information.

MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE, Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale. N° SIREN 775 691 181 dont le siège est situé 21 rue Laffitte, 75009 PARIS. Institution de prévoyance du groupe Malakoff Humanis - 21 rue Laffitte 75009 PARIS.