BULLETIN D'ADHÉSION OU DE MODIFICATION DE L'ENTREPRISE AU CONTRAT FRAIS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE

BRANCHE DES HÔTELS-CAFÉS-RESTAURANTS

À retourner à l'organisme assureur compétent (informations sur www.hcrsante.fr)

MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE - 21 rue Laffitte - 75009 PARIS

ZONE RÉSERVÉE

INFORMATIONS ENTREPRISE

Entreprise (Raison sociale) _____ Sigle _____

Dénomination commerciale _____ Groupe commercial _____

N° Siren |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Forme juridique _____

Nic du siège social |__|__|__|__|__| Adresse du Siège social _____

Code postal |__|__|__|__|__| Ville _____

Tél. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Email _____

Date de création de l'entreprise |__|__|__|__|__|__| Code NAF (E-APE) _____

Activité principale _____ N° IDCC |__|__|__|__|

Adresse de correspondancex _____

Code postal |__|__|__|__|__| Ville _____

Tél. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Email _____

Identité du dirigeant : Nom / Prénom _____ Statut : ☐ Salariés ☐ Non salarié

Effectif Cadres (1) : _____ Effectif Non cadres (2) : _____

En cas de reprise de l'entreprise, nom du précédent exploitant _____

Nature juridique de la reprise _____ CCN appliquée _____

Ancien N° SIREN |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Expert-comptable : nom de votre Expert-Comptable _____

Adresse _____

Code postal |__|__|__|__|__| Ville _____

Email _____

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE (OPTIONNEL)

Je demande à souscrire au dispositif complémentaire en faveur de la totalité du personnel salarié visées ci-dessous effet du |__|__|__|__|__|__|__|__|,

en vertu : ☐ d'un accord collectif d'entreprise ☐ d'un référendum du personnel ☐ d'une décision unilatérale de l'employeur

Pour chaque catégorie, cochez : *1 le type de cotisations* *2 le niveau de garanties*	1. Choix du type de cotisations :			2. Choix du niveau de garanties			
	Salarié seul	**Tarif unique Famille** (une cotisation unique quelle que soit la composition familiale)	**Salarié - Famille** (une cotisation en fonction de la situation familiale réelle du salarié)	CCN BASE Famille	CCN + SURCO A	CCN + SURCO B	CCN + SURCO C
Cadre (Personnel relevant des art. 4 & 4bis et de l'art. 36 de la CCN du 14/03/1947)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Non cadre (Personnel ne relevant pas des art. 4 & 4bis et l'art. 36 de la CCN du 14/03/1947)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Cotisations mensuelles à effet du 01/04/2018	RÉGIME GÉNÉRAL				RÉGIME ALSACE MOSELLE			
	Salarié seul	Tarif unique famille	Salarié - Famille		Salarié seul	Tarif unique famille	Salarié - Famille	
			Salarié	famille			Salarié	Salarié et sa famille
CCN BASE FAMILLE	-	80,53 €	28 € *	119,12 €	-	57,92 €	20 € *	85,20 €
CCN + SURCO A	35 €	104,53 €	35 €	147,12 €	27 €	81,92 €	27 €	113,20 €
CCN + SURCO B	50 €	140,53 €	50 €	192,12 €	42 €	117,92 €	42 €	158,20 €
CCN + SURCO C	58 €	164,53 €	58 €	219,12 €	50 €	141,92 €	50 €	185,20 €

* Montant de la cotisation de la couverture conventionnelle obligatoire.

Ces garanties ne peuvent être adoptées qu'en complément de la couverture conventionnelle obligatoire frais de santé de la CCN Hôtels - Cafés - Restaurant souscrit au préalable auprès de Malakoff Humanis Prévoyance, pour la catégorie visée à la présente demande d'adhésion. La souscription au contrat frais de santé complémentaire rend l'affiliation obligatoire pour les seuls salariés ou pour les salariés et leurs ayants droit.

PIÈCES A JOINDRE

- Extrait de Kbis de moins de 3 mois.
- Justificatif d'identité du représentant légal.
- Si le signataire de la demande d'adhésion n'est pas le représentant légal de l'entreprise, le mandat reçu de ce dernier lui donnant le pouvoir d'engager l'entreprise ainsi que son justificatif d'identité.

Je reconnais avoir pris connaissance de la Fiche d'information et de conseil fournie et reçu les Conditions générales du contrat frais de santé complémentaire, comportant les conditions d'assurance et notamment les modalités d'entrée en vigueur de la garantie.

La présente adhésion prend effet après acceptation de l'organisme assureur, constatée par l'émission de Conditions particulières ou d'un certificat d'adhésion fixant la date d'effet de l'adhésion, accompagné d'une notice d'information par salarié concerné dont un exemplaire sera à lui remettre.

Fait à _____ le _____

Cachet de l'Entreprise et signature de son représentant légal :

AFFILIATION DES SALARIÉS

Colonna Facility (anciennement GPS) est le gestionnaire du régime HCR Santé pour les affiliations et les prestations.

Pour la bonne gestion des dossiers et le suivi des affiliations, vous devez impérativement renseigner le nom et les coordonnées d'un « contact affiliation » (responsable du personnel, expert comptable, …).

NOM / Prénom _____

Adresse e-mail _____

Tél. _____

Pour une affiliation simple et rapide, vos salariés peuvent directement remplir leur bulletin en ligne sur le site : **www.cofacility.fr**

Le contrat mentionné ci-dessus vous est proposé par l'Association de Moyens Assurance de Personnes (AMAP) association régie par la loi du 1er juillet 1901, SIREN n° 840 599 930, n° ORIAS 19000811, www.orias.fr, dont le siège est sis 21 rue Laffitte - 75009 Paris, agissant en qualité de mandataire d'assurance de Malakoff Humanis Prévoyance, organisme d'assurance du groupe Malakoff Humanis. Si vous le souhaitez, AMAP peut vous communiquer sur simple demande le nom des entreprises d'assurances mandantes. En cas de réclamation vous pouvez adresser une demande écrite au Service de Réclamation Entreprises Assurance – 78288 Guyancourt Cedex ou par e-mail reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com. Vous pouvez vous adresser au médiateur de la Protection sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), à l'adresse suivante : M. le Médiateur de la Protection sociale (CTIP) 10, rue Cambacérès, 75008 Paris ou par voie électronique : https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/. Vous avez également la possibilité de vous adresser à l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

- MALAKOFF HUMANIS Prévoyance : Institution de prévoyance de Malakoff Humanis régie par le Titre III du Livre IX du code de la Sécurité sociale - 21 rue Laffitte, 75009 PARIS - N° SIREN 775 691 181
- KLESIA Prévoyance : Institution de prévoyance de Klésia régie par le Titre III du Livre IX du code de la Sécurité sociale - 4 rue Georges Picquart, 75017 PARIS
- AUDIENS Prévoyance : Institution de prévoyance du groupe Audiens régie par le Titre III du Livre IX du code de la Sécurité sociale - 74 rue Jean Bleuzen, 92170 VANVES