

# BULLETIN D’AFFILIATION ENTREPRISE

Pour le régime conventionnel obligatoire frais de santé

Convention collective nationale du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers - IDCC 1505

A retourner complété à votre conseiller commercial

## L’ENTREPRISE

Raison Sociale\* : \_\_\_\_\_  
N° Siret\* : \_\_\_\_\_  
Statut juridique\* : \_\_\_\_\_  
**Siege social**  
Adresse\* : \_\_\_\_\_  
Code Postal\* : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_  
**Etablissement**  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Nom commercial (si différent de la raison sociale)\* : \_\_\_\_\_  
Secteur d’activité (code NAF)\* : \_\_\_\_\_ CCN appliquée\* : \_\_\_\_\_  
Nombre de salariés\* : \_\_\_\_\_

Votre conseiller commercial :  
- Code courtier obligatoire -

Je soussigné(e)\* \_\_\_\_\_ agissant en qualité de\* \_\_\_\_\_  
(représentant légal de l’entreprise ou personne dûment mandatée), souscrit au profit de ses salariés au régime de complémentaire santé obligatoire de la CCN du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers (IDCC 1505) auprès de MIEL Mutuelle, à effet du\* \_\_\_\_\_, aux conditions suivantes\* :

<input type="checkbox"/> Personnel relevant des articles 4, 4 bis de la CCN du 14 mars 1947	Effectif total (dont dispenses d’affiliation) : _____ Effectif concerné par les dispenses d’affiliation (se reporter à l’état du personnel) : _____
<input type="checkbox"/> Personnel ne relevant pas de la CCN du 14 mars 1947	Effectif total (dont dispenses d’affiliation) : _____ Effectif concerné par les dispenses d’affiliation (se reporter à l’état du personnel) : _____

## LES NIVEAUX DE GARANTIES\*

J’indique le niveau obligatoire choisi :

- Base  Renfort 1  Renfort 2  Renfort 3

Je précise le(s) niveau(x) facultatif(s) pouvant être choisi(s) par les salariés

- Renfort 1  Renfort 2  Renfort 3

## LES COTISATIONS\*

**Participation :**

Type de participation	Participation employeur
<input type="checkbox"/> % de la cotisation	_____ %
<input type="checkbox"/> Montant forfaitaire	_____ €

**Structure de cotisation**

	Ensemble du personnel	Salariés cadre	Salariés non cadre
Famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isolé / Conjoint / Enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isolé / Famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Modalités de répartition :**

- La totalité des cotisations est prélevée sur salaire
- Le niveau obligatoire est prélevé sur salaire et le niveau facultatif sur le compte du salarié
- La part de la cotisation des ayants droit du niveau obligatoire ainsi que les cotisations des niveaux facultatifs sont prélevés sur le compte du salarié et la part des cotisations du salarié niveau obligatoire est prélevée sur salaire

## PIECE JUSTIFICATIVE A FOURNIR

Je joins obligatoirement un extrait Kbis de moins de 3 mois et la copie recto-verso de la carte d’identité ou passeport en cours de validité du représentant légal.

CACHET DE L’ENTREPRISE ET SIGNATURE DE SON REPRESENTANT LEGAL \*

Fait à\* \_\_\_\_\_  
le\* \_\_\_\_\_

\*informations obligatoires

## INFORMATIONS LEGALES

**Malakoff Médéric Mutuelle (dénommée Mutuelle Malakoff Humanis à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020), Mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le N° 784 718 256, 21 rue Laffitte 75009 Paris, Mutuelle substituante, se substitue intégralement à MIEL Mutuelle, mutuelle substituée, dans les conditions prévues à l'article L.211-5 du Code de la Mutualité. La substitution s'étend à l'ensemble des opérations et des branches pratiquées par MIEL Mutuelle pour l'exécution des engagements nés ou à naître.**

**La Mutuelle Malakoff Humanis donne à MIEL Mutuelle sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, vis-à-vis de ses membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale.**

**Si l'agrément accordé à Mutuelle Malakoff Humanis lui est retiré ou est déclaré caduc, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou au membre participant qui a acquitté la cotisation.**

### Informations relatives au traitement de mes données personnelles

Les données personnelles collectées et traitées sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat. Ces informations sont obligatoires et ne sont destinées qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la (ou les) finalité(s) déclarée(s).

Les données personnelles recueillies ne sont pas conservées au-delà des durées applicables de prescription et de conservation des documents comptables.

L'affilié peut demander l'accès, la rectification, l'effacement, une limitation ou opposition au traitement, la portabilité de ses données, ou introduire une réclamation ou des directives post mortem en écrivant à MIEL Mutuelle - Délégué à la protection des données (DPO), 11 rue du Gris de Lin, 42021 SAINT-ÉTIENNE CEDEX 1.

Plus de détails sur <https://www.mielmut.fr/MielMutuelle/protection-donnees-personnelles/>