

**Bulletin de demande de maintien facultatif des garanties décès
au bénéfice des salariés en suspension de contrat de travail non indemnisée**

Votre demande doit être formulée par écrit et adressée à l'organisme gestionnaire par l'intermédiaire de votre employeur au plus tard la veille de la date d'effet de la suspension de votre contrat de travail.

A COMPLÉTER PAR LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINESSouscripteur Numéro de Siret Correspondant⁽¹⁾ ☐ M^{me} ☐ M.Nom Prénoms Adresse Code postal Ville Téléphone Courriel **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SALARIÉ ⁽¹⁾** ☐ M^{me} ☐ M.Nom Prénoms Nom de naissance Date de naissance Département de naissance Lieu de naissance Adresse Code postal Ville Téléphone fixe Téléphone portable Suspension du contrat de travail : du au Résidence fiscale ⁽¹⁾ ☐ France ☐ EtrangerEn cas de résidence fiscale à l'étranger, adresse complète du domicile fiscal (adresse à l'étranger) **DATE D'EFFET DU MAINTIEN DES GARANTIES***

* A compter de la date de suspension du contrat de travail sous réserve que le bulletin soit communiqué à l'organisme gestionnaire au plus tard la veille de la date d'effet de la suspension du contrat de travail.

Date de la demande de maintien Date d'effet **Assiette de cotisations (salaire annuel de référence)**

L'assiette de cotisation est établie sur la base de la rémunération brute moyenne des douze derniers mois civils d'activité perçus par l'assuré avant la date de début de suspension de son contrat de travail.

Salaire annuel de référence , €

CAS DE CONGÉ NON INDEMNISÉ (1)

- ☐ Congé sabbatique
- ☐ Congé pour création d'entreprise
- ☐ Congé parental d'éducation
- ☐ Congé de proche aidant
- ☐ Tout autre congé considéré par la législation du travail comme un cas de suspension du contrat de travail non rémunérée

ÉLÉMENT À RETENIR POUR LE CALCUL DE LA COTISATION

Cadres et agents de maîtrise ☐ ou Employés ☐

1/ SALAIRE BRUT, RECONSTITUÉ EN CAS D'ABSENCE (1)	
mois (2)	Salaire Brut
m-1	
m-2	
m-3	
m-4	
m-5	
m-6	
m-7	
m-8	
m-9	
m-10	
m-11	
m-12	
TOTAL salaire de référence	

2/ CALCUL DE LA COTISATION ANNUELLE	
	T1 et T2 limitée à 4 PASS
Salaire de référence :	€
Taux de cotisation : <i>en % du salaire de réf.</i>	Cadres et agents de maitrise : 0,88% T1 et 0,09% T2 limitée à 4 PASS.
	Employés : taux contractuels 0,21 % T1, et T2 limitée à 4 PASS / Taux d'appel jusqu'au 31/12/2024 0,19% T1, et T2 limitée à 4 PASS.
Cotisation annuelle : <i>Salaire de réf. x Taux</i>	, €

(1) en cas de maladie, accident du travail, congé maternité ou congé paternité
(2) 12 mois civils précédants la suspension du contrat de travail, y compris les variables et primes (hors éléments à périodicité supérieure à l'année)

MODALITÉS DE PAIEMENT

Mode de paiement (1) : ☐ par prélèvements récurrents ☐ par chèque (correspondant à la cotisation sur toute la période concernée de suspension de son contrat de travail)

Si le mode de paiement retenu est celui par prélèvements récurrents, la périodicité des paiements (trimestriels ou mensuels) est à compléter sur le mandat SEPA.

(1) Cocher la case correspondante



Pour en savoir plus, consultez la clause « Protection des données à caractère personnel » de la notice d'information de votre contrat. Une notice de Protection des données à caractère personnel apportant des informations complémentaires est consultable sur le site www.mutex.fr.



SEPA (Single Euro Payments Area) : nouveaux moyens de paiement européens.

ICS : FR50ZZZ609143

N° RUM (Référence unique du mandat) :

Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

[illegible]

Prénom _____ Date de naissance _____

Nom ou Raison sociale |

Prénom ou N° Siret |

Adresse |

Code postal Ville

Pays _____

[illegible][illegible]☒ Prélèvements récurrents

Harmonie Mutuelle
143, rue Blomet
75015 Paris

Fait à

le

Signature du titulaire du compte

Ce document doit être accompagné d'un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de Caisse d'Épargne.

Les informations collectées vous concernant font l'objet d'un traitement destiné à Harmonie Mutuelle pour des finalités de gestion du présent mandat. Conformément à la réglementation, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de portabilité de vos données personnelles, et pouvez décider de leur sort après votre décès. Vous disposez en outre pour des motifs légitimes d'un droit à la limitation des traitements, d'un droit au retrait du consentement, d'un droit à l'effacement et d'un droit d'opposition. Ces droits peuvent être exercés auprès du Responsable Protection des Données par mail à l'adresse dpo@harmonie-mutuelle.fr.



Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473. Numéro LEI 96950OJLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.