

DEMANDE D'ADHÉSION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
CCN DES MISSIONS LOCALES ET PAIO



CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL
CODE VENDEUR : 001_00_B / CODE APORTEUR (N° ORIAS) :

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

STRUCTURE

RAISON SOCIALE :
N° SIRET : - FORME JURIDIQUE : CODE APE :
ADRESSE :
CODE POSTAL : - VILLE :
CORRESPONDANT STRUCTURE / FONCTION :
MME M. NOM : PRÉNOM :
EMAIL :
TÉLÉPHONE FIXE : - PORTABLE :
ADRESSE DE CORRESPONDANCE (SI DIFFÉRENTE DU SIÈGE) :
CODE POSTAL : - VILLE :

ADHÉSION AU CONTRAT

Je soussigné(e) MME M. NOM : PRÉNOM :
agissant en qualité de ayant pouvoir d'engager la structure précitée, demande
l'adhésion au présent contrat.

Mon adhésion au régime prend effet le : / / 20
J'affilie : Ensemble du personnel / Cadres* / Non-Cadres* (cochez une seule case) / Effectif affilié :
Je choisis à titre collectif et obligatoire, la formule suivante : Socle de base Option 1 (y compris socle de base) Option 2 (y compris socle de base)
J'opte pour une structure : Isolé (salarié seul) ou Famille (Inclut le salarié et les enfants, ainsi que le conjoint à charge au sens de la S.S.)
Je m'engage à acquitter les cotisations mensuelles par : Prélèvement Virement Chèque Chèque emploi-associatif
J'atteste : Relever de la CCN des Missions Locales et PAIO
* En application des dispositions à la convention nationale de retraite et de prévoyance du 14 mars 1947 (art. 4, 4bis et 36 de l'annexe I).

Cette adhésion vaut pour ma structure et ses établissements présents et futurs. J'affilie l'ensemble des salariés du collège ci-avant déterminé.

A titre indicatif retrouvez les cotisations en équivalent € sur umanens.fr

Table with 5 columns: %, COTISATIONS, BASE, OPTION 1 (y compris Base), OPTION 2 (y compris Base). Rows include Isolé (Régime Général, Régime Local) and Famille (Régime Général, Régime Local) with corresponding PMSS percentages.

La cotisation versée au titre de la garantie ci-dessus, souscrite à titre obligatoire est financée à hauteur de 50% minimum par l'employeur.
(1) : Inclut le salarié et les enfants, ainsi que le conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale.

DÉCLARATION DE LA STRUCTURE

- Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales du présent régime frais de santé.
Je m'engage, conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, à remettre un exemplaire de la notice d'information du régime à chacun des salariés présents et futurs, affiliés au régime.

MODALITÉS D'ADHÉSION

- Merci de joindre à la présente demande d'adhésion :
Un extrait K-Bis de moins de 3 mois ou tout autre document opposable justifiant de votre statut juridique et
Pour les entreprises souhaitant un prélèvement automatique, un mandat SEPA dûment complété.

DOCUMENTS À RETOURNER PAR COURRIER À

GESTION BRANCHE UMANENS - TSA 60002 - 75487 PARIS CEDEX 10
SIGNATURE EMPLOYEUR / SIGNATURE DU REPRÉSENTANT ET CACHET
Fait à :
Le : / /
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies.
A réception de la présente demande, les conditions particulières du contrat vous seront adressées.
Pour recevoir des offres des membres d'Umanens, cochez la case

CACHET DISTRIBUTEUR