BULLETIN D'ADHÉSION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
CCN ASSAINISSEMENT ET MAINTENANCE INDUSTRIELLE

Umanens
L'humain a du sens

CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER

CODE VENDEUR : |___|___| |___|___|___|___| / **CODE APPORTEUR (N° ORIAS) :** |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

ENTREPRISE

RAISON SOCIALE : .....

N° SIRET : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| - FORME JURIDIQUE : ..... CODE APE : |___|___|___|___|___|

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : |___|___|___|___|___| - VILLE : .....

CORRESPONDANT ENTREPRISE : FONCTION : .....

☐ MME ☐ M. NOM : ..... PRÉNOM : .....

EMAIL : .....

TÉLÉPHONE : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| - 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 l'entreprise/l'association précitée, déclare adhérer au présent contrat, par l'intermédiaire d'Umanens-La Mutuelle Familiale, organisme assureur référencé.

➡ **Mon adhésion au régime prend effet le :** |___|___| / |___|___| / |2|0|___|___|

➡ **Je souscris, à titre collectif et obligatoire** : ☐ la «Base Conventionnelle» en application de la CCN
☐ «l'option 1 » en application de l'article L. 911-1 du code de la Sécurité sociale
(via un accord d'entreprise, une décision unilatérale de l'employeur, un référendum)

➡ **Je m'engage à acquitter les cotisations** ☐ Mensuellement, à terme échu
☐ Par prélèvement / ☐ Par chèque

➡ **J'atteste :** ☐ Relever de la CCN Assainissement et maintenance industrielle
☐ Appliquer volontairement la CCN Assainissement et maintenance industrielle, précisez le code IDCC d'origine : |___|___|___|___|___|

Cette adhésion vaut pour mon entreprise et ses établissements présents et futurs. J'affilie l'ensemble des salariés de mon entreprise, présents et futurs.

	BASE CONVENTIONNELLE*
Régime Général	0,81% PMSS
Régime Local (Alsace-Moselle)	0,31% PMSS

* La cotisation versée au titre de la garantie ci-dessus, souscrite à titre obligatoire, est financée, a minima, à hauteur de 50% par l'employeur.

DÉCLARATION DE L'ENTREPRISE

➡ Je déclare avoir pris connaissance des Conditions Générales du régime Frais de santé mis en place par la CCN Assainissement et Maintenance Industrielle.

➡ 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 au présent Bulletin d'adhésion :

➡ Un extrait K-Bis de moins de 3 mois

et

➡ Pour les entreprises souhaitant un prélèvement automatique, un mandat SEPA dûment complété.

DOCUMENTS À RETOURNER PAR COURRIER À

Gestion Branche Umanens - La Mutuelle Familiale - TSA 60 002 - 75487 Paris Cedex 10.

A réception, un certificat d'adhésion valant acceptation du contrat par la Mutuelle, vous sera adressé.

Pour recevoir des offres des membres d'Umanens, cochez la case ☐ Pour recevoir des offres des partenaires d'Umanens, cochez la case ☐

SIGNATURE EMPLOYEUR / SIGNATURE DU REPRÉSENTANT ET CACHET

Fait à : .....

Le : |___|___| / |___|___| / |___|___|___|___|

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies et je reconnais avoir pris connaissance des statuts de la mutuelle.

Document contractuel

Les statuts et les conditions générales sont téléchargeables sur www.umanens.fr. Les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la gestion de votre contrat. Elles peuvent être communiquées aux partenaires de la Mutuelle uniquement aux fins d'exécution des garanties souscrites. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux informations qui vous concernent, droit que vous pouvez exercer auprès de La Mutuelle Familiale – 52, rue d'Hauteville, 75487 Paris Cedex 10. Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 784 442 915. 1602-BAD-CCN-AMI