

DEMANDE D'ADHÉSION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

CCN DES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT PRIVÉ SOUS CONTRAT

CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL

CODE VENDEUR : _____ B / CODE APORTEUR (N° ORIAS) : _____ R

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

ÉTABLISSEMENT

RAISON SOCIALE :

N° SIRET : _____ - FORME JURIDIQUE : CODE APE : _____

ADRESSE :

CODE POSTAL : _____ - VILLE :

CORRESPONDANT ÉTABLISSEMENT/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 l'établissement précité,
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 Option 1 Option 2 Option 3

◆ Je m'engage à acquitter les cotisations mensuelles par : Prélèvement Virement Chèque

◆ J'atteste : Relever d'une CCN affiliée à l'un des IDDC suivants : 0390 / 1326 / 1334 / 1446 / 1545 / 2364 / 2408 / 7505 / 7506 / 7507 / 9999

* 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 mon établissement. J'affilie l'ensemble des salariés du collège ci-avant déterminé.

		SOCLE	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Régime Général	Salarié	1,09%	1,37%	1,82%	1,99%
	Salarié Agricole	1,01%	1,27%	1,69%	1,85%
Régime Local Alsace-Moselle	Salarié	0,65%	0,93%	1,38%	1,55%
	Salarié Agricole	0,63%	0,89%	1,31%	1,47%

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

DÉCLARATION DE L'ÉTABLISSEMENT

◆ 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 et je reconnais avoir pris connaissance des statuts de la mutuelle.

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

CACHET DISTRIBUTEUR

A réception de la présente demande, les conditions particulières du contrat vous