

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 : ☐ Régime obligatoire ☐ Régime amélioré
➡ je m'engage à acquitter les cotisations mensuelles par : ☐ Par prélèvement ☐ Par virement ☐ Par chèque
➡ J'atteste : ☒ Relever de la CCN des Organismes de formation
* 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.

	RÉGIME OBLIGATOIRE	RÉGIME AMÉLIORÉ
Régime Général	1,09% PMSS	1,27% PMSS
Régime Local Alsace-Moselle	0,50% PMSS	0,70% PMSS

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 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 la copie de l'annonce du Journal officiel ou le récépissé RNA **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 seront adressées.