DEMANDE D'ADHÉSION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

CCN DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES INADAPTÉES ET HANDICAPÉES

umanens
L'humain a du sens

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

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 :** |__|__| / |__|__| / |2|0|__|__|
- **J'affilie :** ☐ Ensemble du personnel / ☐ Cadres* / ☐ Non-Cadres* (cochez une seule case) / Effectif affilié : |__|__|__|
- **Je choisis à titre collectif et obligatoire, la formule suivante :** ☐ Base ☐ Option 1 (Base incluse) ☐ Option 2 (Base incluse)
- **je m'engage à acquitter les cotisations mensuelles :** ☐ Par prélèvement ☐ Par virement ☐ Par chèque
- **J'atteste :** ☒ Relever de la CCN des Établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées

* 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

	COTISATIONS	BASE	OPTION 1 (Base incluse)	OPTION 2 (Base incluse)
Salarié	Régime Général	1,48% PMSS	1,80% PMSS	2,15% PMSS
	Régime Local (Alsace-Moselle)	1,04% PMSS	1,36% PMSS	1,71% 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 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

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par La Mutuelle Familiale pour la gestion du contrat. Elles sont conservées pendant toute la durée du contrat et sont destinées au gestionnaire du contrat. Conformément à la loi « informatique et libertés », les personnes physiques peuvent exercer leur droit d'accès aux données les concernant et les faire rectifier en contactant : La Mutuelle Familiale - 52 rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10

1807-DAD-PDT-066