

CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL

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

ENTREPRISE / ASSOCIATION

RAISON SOCIALE :

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

ADRESSE :

CODE POSTAL : _____ - VILLE :

CORRESPONDANT ENTREPRISE / 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'entreprise/l'association précitée, déclare adhérer au présent contrat, par l'intermédiaire d'Umanens, organisme recommandé.

➔ 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 : Base / Option 1 / Option 2

➔ Je m'engage à acquitter les cotisations mensuelles : Par prélèvement / Par virement / Par chèque

➔ J'atteste : Relever de la CCN Animation (IDCC 1518)

Appliquer volontairement la CCN Animation, précisez le code IDCC d'origine : _____

* 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 entreprise et ses établissements présents et futurs. J'affilie l'ensemble des salariés du collège ci-avant déterminé.

	BASE*	OPTION 1* (BASE incluse)	OPTION 2* (BASE incluse)
Régime Général	0,94% PMSS	1,47% PMSS	1,66% PMSS
Régime Local (Alsace-Moselle)	0,42% PMSS	0,95% PMSS	1,14% 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 L'ENTREPRISE / ASSOCIATION

➔ Je déclare avoir pris connaissance des Conditions Générales du régime Frais de santé mis en place par la CCN Animation.

➔ 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 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 60 002 - 75487 Paris Cedex 10.

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

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

Votre contrat est rattaché à :