

DEMANDE D'ADHÉSION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
CCN DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES INADAPTÉES
ET HANDICAPÉES



CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL
CODE VENDEUR : _____ B / CODE APORTEUR (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 : ____/____/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 (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.

	BASE	OPTION 1 (BASE INCLUSE)	OPTION 2 (BASE INCLUSE)
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 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.