

DEMANDE D'ADHÉSION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

CCN BIJOUTERIE, JOAILLERIE, ORFÈVREURIE ET ACTIVITES QUI S'Y RATTACHENT

CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL

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

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

ENTREPRISE

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 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 Option 2

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

➔ J'atteste : Relever de la CCN Bijouterie, Joaillerie, Orfèvrerie, et activités qui s'y rattachent

* 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(mes) établissement(s) présent(s) et futur(s). J'affilie l'ensemble des salariés du collège ci-avant déterminé.

Régime	CHOIX 1 SOCLE DE BASE		CHOIX 2 OPTION 1 (BASE INCLUSE)		CHOIX 3 OPTION 2 (BASE INCLUSE)	
	Général	Local (Alsace-Moselle)	Général	Local (Alsace-Moselle)	Général	Local (Alsace-Moselle)
Salarié Isolé	1,42% PMSS	0,99% PMSS	1,79% PMSS	1,36% PMSS	1,90% PMSS	1,42% 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.