BULLETIN D'ADHÉSION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
CCN COMMERCE DE DÉTAIL DE L'HORLOGERIE BIJOUTERIE

CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL

CODE VENDEUR : |___|___|___| |___|___| B / CODE APPORTEUR (N° ORIAS) : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| R

Umanens L'humain a du sens

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, déclare adhérer au présent contrat, par l'intermédiaire d'Umanens, organisme recommandé.

- **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 / ☐ Base intermédiaire / ☐ Base améliorée
- **Je m'engage à acquitter les cotisations mensuelles :** ☐ Par prélèvement / ☐ Par virement / ☐ Par chèque
- **J'atteste :** ☐ Relever de la CCN du Commerce de détail de l'horlogerie/bijouterie (IDCC 1487)
  ☐ Appliquer volontairement la CCN du Commerce de détail de l'horlogerie/bijouterie, 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*	BASE INTERMÉDIAIRE* (BASE INCLUSE)	BASE AMÉLIORÉE* (BASE INCLUSE)
Régime Général	25,60 €	43,50 €	57,41 €
Régime Local (Alsace-Moselle)	10,95 €	21,33 €	34,26 €

* 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

- Je déclare avoir pris connaissance des Conditions Générales du régime Frais de santé mis en place par la CCN Commerce de détail de l'horlogerie bijouterie.
- 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

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 :

Document contractuel - 1710-BAD-CCN-UBH

Les statuts et les conditions générales sont téléchargeables sur www.umanens.fr. Les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la gestion de votre contrat. Elles peuvent être communiquées aux partenaires de la Mutuelle uniquement aux fins d'exécution des garanties souscrites. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux informations qui vous concernent, droit que vous pouvez exercer auprès de La Mutuelle Familiale – 52, rue d'Hauteville, 75487 Paris Cedex 10. Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 784 442 915.