

BULLETIN D'ADHÉSION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

CCN ANIMATION



CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL

CODE VENDEUR : 001_00_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 / ☐ Par chèque emploi-associatif
- ➡ 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).

	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 :