

### 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 :**  Niveau 1  Niveau 2  Niveau 3
- ➔ **je m'engage à acquitter les cotisations mensuelles par :**  Prélèvement  Virement  Chèque
- ➔ **J'atteste :**  Relever de la CCN des Organismes de formation

\* 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).

- ➔ En complément du régime collectif et obligatoire mise en œuvre pour votre structure, les salariés peuvent s'affilier à la sur-complémentaire facultative « Renfort Umanens » (intégralement à leur charge, sans contribution employeur) afin d'améliorer leurs garanties frais de santé, pour eux-mêmes et leurs ayants droit.

Cette adhésion vaut pour ma structure et ses établissements présents et futurs. J'affilie l'ensemble des salariés du collège ci-avant déterminé.

A titre indicatif retrouvez les cotisations en équivalent € sur [umanens.fr](http://umanens.fr)

		COTISATIONS EN % PMSS		
		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Salarié	Régime Général	1,09 %	1,27 %	1,46 %
	Régime Local (Alsace-Moselle)	0,50 %	0,70 %	1,02%

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.

A réception de la présente demande, les conditions

Pour recevoir des offres des membres d'Umanens, cochez la case

#### CACHET DISTRIBUTEUR