

BULLETIN D'ADHÉSION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

CCN ASSAINISSEMENT ET MAINTENANCE INDUSTRIELLE



CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL

CODE VENDEUR : 001_00_B / CODE APORTEUR (N° ORIAS) : _____ R

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 référencé.

◆ Mon adhésion au régime prend effet le : ____/____/20____

◆ J'affilie : Ensemble du personnel / Cadres* / Non-Cadres* (cochez une seule case) / Effectif affilié : _____

◆ Je souscris, à titre collectif et obligatoire : la «Base Conventionnelle» en application de la CCN
 l'« option 1 » en application de l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale
(mise en place via un accord d'entreprise, une décision unilatérale de l'employeur, et référendum)

◆ Je m'engage à acquitter les cotisations mensuelles : Par prélèvement / Par virement / Par chèque

◆ J'atteste : Relever de la CCN Assainissement et maintenance industrielle (IDCC 2272)

Appliquer volontairement la CCN Assainissement et maintenance industrielle, 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 de mon entreprise, présents et futurs.

	COTISATIONS	BASE CONVENTIONNELLE	OPTION 1 (y compris Base)
Adulte	Régime Général	0,81% PMSS	1,53% PMSS
	Régime Local (Alsace-Moselle)	0,31% PMSS	1,01% 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

◆ Je déclare avoir pris connaissance des Conditions Générales du régime Frais de santé mis en place par la CCN Assainissement et Maintenance Industrielle.

◆ 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.

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

CACHET DISTRIBUTEUR

Votre contrat est rattaché à :