

# DEMANDE D'ADHÉSION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

CCN DE L'ENSEIGNEMENT PRIVÉ INDÉPENDANT

CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL

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

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

## 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 :  Base A  Option B  Option C  Option D  
et j'opte pour une structure  Salarié seul (ayants droit facultatifs) ou  Famille (ayants droit obligatoires)

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

➔ J'atteste :  Relever de la CCN de l'Enseignement Privé Indépendant

\* En application des dispositions à la convention collective 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.

Régime	BASE A		OPTION B (Base incluse)		OPTION C (Base incluse)		OPTION D (Base incluse)	
	Général	Local A/M	Général	Local A/M	Général	Local A/M	Général	Local A/M
Salarié seul	0,98% PMSS	0,36% PMSS	1,60% PMSS	0,97% PMSS	1,91% PMSS	1,28% PMSS	2,27% PMSS	1,65% PMSS
Famille <sup>(1)</sup>	1,77% PMSS	0,66% PMSS	2,91% PMSS	1,78% PMSS	3,47% PMSS	2,33% PMSS	4,10% PMSS	3,00% PMSS

<sup>(1)</sup> : Inclut le salarié, les enfants et le conjoint

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 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.