

CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL

CODE VENDEUR : UMANENS\_00\_B / CODE APORTEUR (N° ORIAS) : \_\_\_\_\_R

## LE PRÉSENT BULLETIN D'ADHÉSION EST CONCLU ENTRE L'ENTREPRISE / ASSOCIATION DÉSIGNÉE CI-DESSOUS :

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 : .....

## ET L'INSTITUTION DE PRÉVOYANCE CI-DESSOUS :

AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R - 14-16 boulevard Malesherbes - 75008 Paris - SIREN 333 232 270

## 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, Union de Groupe Mutualiste, partenaire d'Ag2rLaMondiale.

➔ Mon adhésion au régime prend effet le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / **20** \_\_\_\_\_

L'entreprise ci-dessus désignée adhère à AG2R Prévoyance (à l'OCIRP<sup>(1)</sup> pour la garantie rente éducation) en application du régime de prévoyance mis en place au sein de la Convention Collective Nationale de l'Animation du 28.06.1988 dans le cadre du titre VIII, modifié en dernier lieu par l'avenant n° 179 du 08.10.2019. Ce régime de prévoyance est institué au profit du personnel relevant des catégories contractuelles (catégories objectives répondant à la définition du décret du 09.01.2012) définies comme suit :

- ➔ J'affilie :  Les salariés cadres, à savoir ceux ne relevant pas de l'article 2 de l'Accord National Interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 /  Les salariés non-cadres, à savoir ceux ne relevant pas de l'article 2 de l'Accord National Interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 / Effectif affilié : \_\_\_\_\_
- ➔ Je m'engage à acquitter les cotisations :  Par prélèvement /  Par virement /  Par chèque
- ➔ J'atteste :  Relever de la CCN ECLAT (IDCC 1518)  Appliquer volontairement la CCN ECLAT, précisez le code IDCC d'origine : \_\_\_\_\_

J'affilie l'ensemble des salariés du/des collèg(e)s ci-avant déterminé(s). Le personnel visé à l'encadré ci-dessus, dit « non cadre » pour l'application des dispositions qui suivent, est couvert au titre des catégories de gestion propres à l'institution de prévoyance mentionnées ci-dessus.

Souhaitez-vous un seul contrat pour l'ensemble de vos établissements ?  Oui  Non - Votre structure adhère-t-elle à un Syndicat professionnel :  Oui  Non

Votre activité est-elle saisonnière :  Oui  Non

Date de 1<sup>ère</sup> embauche d'un non cadre : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Date de 1<sup>ère</sup> embauche d'un cadre : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

L'entreprise a-t-elle été créée pour reprendre l'exploitation d'une autre entreprise ?  Oui  Non - S'agit-il d'une opération de fusion ou d'absorption d'entreprises ?  Oui  Non

Si vous avez répondu « Oui » à l'une des 2 dernières questions, veuillez joindre une pièce officielle relatant l'opération juridique (extrait Kbis ou statuts ...) et indiquer l'autre structure concernée par cette opération :

N° SIRET : \_\_\_\_\_ NOM ou RAISON SOCIALE : .....  Rachat  Fusion  Absorption

Merci de répondre aux 2 questions suivantes pour le personnel concerné, en vue de l'établissement de votre contrat prévoyance, compte tenu de la date d'effet indiquée ci-dessus ; (si la date d'effet souhaitée est postérieure à la date de signature de ce formulaire, répondre aux questions en fonction de la situation actuelle) :

1- Avez-vous souscrit précédemment pour le personnel susvisé un contrat prévoyance ou maintien de salaire ?  Oui  Non

2- Avez-vous du personnel en arrêt de travail (pour maladie, accident ou invalidité) ou en temps partiel thérapeutique :  Oui  Non

L'entreprise signataire déclare exacts et sincères les renseignements fournis ci-dessus à la date de signature de la présente. Tout changement de situation (personnes nouvellement en arrêt de travail pour maladie, accident ou invalidité, ou en temps partiel thérapeutique) survenant entre cette date et la date de prise d'effet du contrat auprès de notre Institution, devra être déclaré par votre entreprise dès la survenance de l'événement (par courrier à l'adresse indiquée dans l'encadré ci-dessous). Vos déclarations conditionnent les termes du contrat qui vous sera proposé (dont notamment sa tarification eu égard aux risques en cours et les modalités de prise en charge ou non de ces risques). Un contrat d'adhésion vous sera proposé après étude de cette demande dûment remplie et des compléments d'information qui pourraient être nécessaires.

Seul le contrat d'assurance finalisé engagera votre entreprise et AG2R Prévoyance.

\* Par défaut, la date effet de l'adhésion est fixée au 1er jour du mois de la demande. Si cette date ne convient pas, indiquez ci-avant la date d'adhésion souhaitée pour étude.

## DÉCLARATION DE L'ENTREPRISE / ASSOCIATION

➔ Je déclare avoir pris connaissance des Conditions Générales du régime Frais de santé mis en place par la CCN ECLAT.

## 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 OU PAR MAIL

ENVOI PAR COURRIER : UMANENS - SERVICE PREVOYANCE - 40 BD RICHARD LEMOIR 75011 PARIS - ENVOI PAR MAIL : [prevoyance@umanens.fr](mailto:prevoyance@umanens.fr)

## 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

## INFORMATIONS LÉGALES ET RGPD

### VOTRE RÉGIME PRÉVOYANCE

#### Les organismes assureurs

Les organismes assureurs recommandés sont :

AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale et agréée par le ministre chargé de la Sécurité sociale ;

AG2R Prévoyance, gère la garantie Rente éducation assurée par l'Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance (OCIRP), union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social se situe au sis : 17, rue de Marignan - 75008 Paris.

#### Les organismes distributeurs

UMANENS, union de groupe mutualiste (Mutuelles soumises aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité) :

IDENTITES MUTUELLE, SIREN 379 655 541, 24 boulevard de Courcelles - 75017 PARIS ;

LA MUTUELLE FAMILIALE, SIREN 784 442 915, 52 rue d'Hauteville - 75010 PARIS ;

MUTUALIA GRAND OUEST (MGO), SIREN 401 285 309, Parc d'activité de Laroiseau, 6 rue Anita Conti - 56008 VANNES Cedex ;

MUTUALIA ALLIANCE SANTE (MAS) SIREN 403 596 265, 1 rue André Gatoux - 62024 ARRAS Cedex ;

MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES (MTS) SIREN 449 571 256, 75 avenue Gabriel Péri - 38400 Saint Martin d'Heres.

### VOTRE GESTIONNAIRE

#### Le Gestionnaire :

AG2R LA MONDIALE - ADHESIONS ET VIE DU CONTRAT - TSA 37001 - 59071 ROUBAIX CEDEX 1.

Toute demande de réclamation concernant l'application du Contrat pourra être adressée par l'Employeur, le salarié ou, le cas échéant, ses ayants droit à l'adresse ci dessus.

### RGPD

Les informations nominatives recueillies sur ce formulaire sont enregistrées et traitées par Le Gestionnaire pour la passation, la gestion et l'exécution des garanties souscrites. Ces informations sont indispensables à la souscription de la proposition contractuelle d'assurance. Elles pourront également être utilisées pour assurer le suivi et la gestion de notre relation commerciale et vous proposer des offres avec votre consentement exprès, exprimé dans la case ci-contre.

Vous pouvez exercer le retrait de votre consentement à tout moment.

Ces données sont destinées aux services de l'Assureur et peuvent être transmises à ses partenaires prenant part à la gestion de la garantie ainsi qu'au suivi et à la gestion de la relation commerciale. Ces données sont conservées le temps nécessaire à l'exécution de votre contrat d'assurance et conformément aux délais de prescription en vigueur.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004 et au Règlement européen relatif à la protection des données personnelles n°2016/679, du 27 avril 2016, les informations recueillies sont confidentielles. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité sur les informations vous concernant.

Ce droit s'exerce sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données de l'Assureur, soit par courrier postal en écrivant à AG2RLAMONDIALE - Délégué à la Protection des Données 154 rue Anatole France 92599 Levallois- Perret CEDEX, soit par courrier électronique à [informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr](mailto:informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr)