

CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER

CODE VENDEUR : _____ / CODE APORTEUR (N° ORIAS) : _____

ENTREPRISE / ASSOCIATION

RAISON SOCIALE :

N° SIRET : _____ - FORME JURIDIQUE : CODE APE : _____

ADRESSE :

CODE POSTAL : _____ - VILLE :

CORRESPONDANT ENTREPRISE : FONCTION :

MME M. NOM : PRÉNOM :

EMAIL :

TÉLÉPHONE : _____ - 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-La Mutuelle Familiale, organisme assureur recommandé.

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

➔ Je choisis, à titre collectif et obligatoire, la formule suivante : Base / Option 1 / Option 2

➔ Je m'engage à acquitter les cotisations Mensuellement, à terme échu
 Par prélèvement / Par chèque

➔ J'atteste : Relever de la CCN Animation
 Appliquer volontairement la CCN Animation, précisez le code IDCC d'origine : _____

Cette adhésion vaut pour mon entreprise et ses établissements présents et futurs. J'affilie l'ensemble des salariés de mon entreprise, présents et futurs.

	BASE*	OPTION 1* (y compris BASE)	OPTION 2* (y compris BASE)
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, a minima, à hauteur de 50% 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 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 une copie des statuts **et**
- ➔ Pour les entreprises souhaitant un prélèvement automatique, un mandat SEPA dûment complété.

DOCUMENTS À RETOURNER PAR COURRIER À

Gestion Branche Umanens - La Mutuelle Familiale - TSA 60 002 - 75487 Paris Cedex 10.

A réception, un certificat d'adhésion valant acceptation du contrat par la Mutuelle, vous sera adressé.

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

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.