

# BULLETIN D'ADHESION FRAIS DE SANTE

## EEP SANTE

### ENSEMBLE DU PERSONNEL SALARIE

### ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT PRIVES SOUS CONTRAT

CONTRAT N°	ETABLISSEMENT N°
------------	------------------

L'établissement ci-après dénommé l'adhérent :

Nom ou Raison Sociale :		
Enseigne commerciale (le cas échéant) :	Forme juridique :	
Adresse du Siège Social :	Adresse de correspondance (si différente) :	
N° SIREN :	Code NIC :	Code NAF :
représenté par :	agissant en qualité de :	
ayant tout pouvoir pour engager l'établissement.		

1) Déclare (Cochez la case correspondante) : Nous contacter en cas de situation mixte

<input type="checkbox"/> relever du régime agricole (MSA)
<input type="checkbox"/> relever du Régime Général de la Sécurité Sociale
<input type="checkbox"/> relever du Régime Local de la Sécurité Sociale (Alsace Moselle)

<input type="checkbox"/> relever du champ d'application de l'accord collectif (cocher l'IDCC ou les IDCC dont l'établissement relève, sur le tableau se trouvant au verso). <input type="checkbox"/> ne pas relever du champ d'application de l'accord collectif tel qu'indiqué ci-dessus mais être autorisé par la Commission Paritaire Nationale Santé à adhérer au régime Frais de Santé du personnel salarié des Etablissements d'Enseignement Privés sous contrat. Votre établissement doit alors figurer sur le fichier des cas dérogatoires communiqué par la Commission Paritaire Nationale EEP Santé. <i><b>vous ne pouvez pas souscrire le présent contrat, si vous ne relevez d'un des deux cas indiqués ci-dessus.</b></i>
--

2) Adhère auprès de XXXXX ci-après dénommé organisme recommandé au titre du régime EEP Santé du personnel salarié des Etablissements d'Enseignement Privés sous contrat.

Nombre de cadres :	Nombre de non-cadres :
--------------------	------------------------

3) A fait le choix du niveau de couverture obligatoire suivant :

En application de l'accord du 18 juin 2015, vous devez au minimum souscrire au régime socle obligatoire. Vous avez également la possibilité d'améliorer le régime obligatoire.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> régime socle obligatoire | <input type="checkbox"/> socle obligatoire avec taux de participation employeur : .....%    |
| <input type="checkbox"/> autre choix à préciser : | <input type="checkbox"/> option 1 obligatoire avec taux de participation employeur : .....% |
|   | <input type="checkbox"/> option 2 obligatoire avec taux de participation employeur : .....% |
|   | <input type="checkbox"/> option 3 obligatoire avec taux de participation employeur : .....% |

Ces choix résultent :  d'un accord collectif  d'une décision unilatérale d'entreprise

DATE D'EFFET SOUHAITEE : 01 / / .

L'adhérent relève de l' (ou des) IDCC suivante(s) :

cochez	Numéro IDCC	Intitulé de la convention collective figurant dans l'accord collectif
	3218	Convention collective de l'Enseignement privé non lucratif (pour les sections 3 à 9 du chapitre 2)
	7520	Convention collective des personnels des établissements agricoles privés relevant du Conseil National de l'Enseignement Agricole Privé
	9999	Statut du chef d'établissement de l'Enseignement catholique

L'adhérent est un établissement d'enseignement supérieur privé relevant de la Convention collective de l'enseignement privé non lucratif (EPNL, sections 1 et 2) souhaitant adhérer volontairement au régime de branche.

L'adhérent :

- déclare avoir pris connaissance et accepter les Conditions Générales frais de santé version 01/2021, dont le texte est joint au présent bulletin. La garantie concerne l'ensemble du personnel salarié :
  - sous contrat de travail ou dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'il bénéficie, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires, de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de sécurité sociale (à l'exclusion de ceux dont le contrat de travail est suspendu pour congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé sabbatique, congé individuel de formation, périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité, détention pénitentiaire),
  - affilié à la Sécurité Sociale.
- reconnaît avoir reçu un exemplaire de la notice d'information version 01/2021 à remettre à ses salariés.

RESERVE A L'ADHERENT	RESERVE A L'ORGANISME RECOMMANDE
Signature et qualité du Responsable ( <i>cachet de l'adhérent</i> )  Téléphone : Email :   Fait à ..... le .....	Signature et qualité du Responsable      Fait à ..... le .....

BULLETIN A RETOURNER A : UNIPREVOYANCE – 10 Rue Massue - 94307 VINCENNES Cedex

DOCUMENTS A JOINDRE :

L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'entreprise, le présent contrat d'adhésion doit être signé par un représentant légal de celle-ci ou, à défaut, par une personne dûment habilitée à prendre cet engagement. Afin d'enregistrer l'adhésion, l'entreprise doit joindre au présent document un Kbis de moins de 3 mois ou le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une association. Lorsque le signataire n'est pas le représentant légal mentionné sur le Kbis ou n'est pas le président de l'association, il doit fournir une copie de sa pièce d'identité (CNI, passeport, carte de séjour) en cours de validité ainsi que le pouvoir l'ayant dûment habilité à cet effet.