



UNIPREVOYANCE

**BULLETIN D'ADHESION FRAIS DE SANTE
HAUT DE GAMME**

PERSONNEL CADRE ET NON-CADRE

Etablissements d'Enseignement Privés 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.		

- déjà adhérent au régime EEP Santé auprès d'UNIPREVOYANCE par le contrat n° _____
- adhère au régime sur-complémentaire HAUT DE GAMME destiné au personnel cadre et non-cadre des établissements d'Enseignement Privés Sous Contrat. Le régime HAUT DE GAMME intervient en complément du régime EEP Santé.
- fait le choix d'une adhésion facultative pour les salariés
- fait le choix d'une adhésion obligatoire pour les salariés avec taux de participation employeur de _____ %
- Ce choix résulte d'un accord collectif d'une décision unilatérale de l'employeur

DATE D'EFFET SOUHAITEE : 01/ / .

L'adhérent :

- déclare avoir pris connaissance et accepter les Conditions Générales frais de santé HAUT DE GAMME.
- reconnaît avoir reçu un exemplaire de la notice d'information à remettre à ses participants.

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

BULLETIN A RETOURNER A : UNIPREVOYANCE 10, rue Massue – 94307 VINCENNES Cedex