

**BULLETIN D'ADHESION FRAIS DE SANTE  
HAUT DE GAMME - PAYS DE LOIRE**

**PERSONNEL CADRE ET NON-CADRE**

**Etablissements d'Enseignement Privés Sous Contrat des Pays de Loire**

<b>CONTRAT N°</b>	<b>ETABLISSEMENT N°</b>
-------------------	-------------------------

L'établissement ci-après dénommé l'adhérent :

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

- 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 des Pays de Loire. Le régime HAUT DE GAMME, à adhésion facultative au choix du salarié, intervient en complément du régime EEP Santé.

DATE D'EFFET SOUHAITEE : / / 2019

L'adhérent :

- déclare avoir pris connaissance et accepter les Conditions Générales frais de santé HAUT DE GAMME - PAYS DE LOIRE.
- 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**