

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

PERSONNEL CADRE ET NON-CADRE

ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT PRIVES SOUS CONTRAT DES PAYS DE LOIRE

CONTRAT N°		ETABLISSEMENT N°	
<b>L'établissement ci-après dénommé l'adhérent :</b>			
Nom ou Raison Sociale :			
Enseigne commerciale (le cas échéant) :		Forme juridique :	
Adresse du Siège Social :		Adresse de correspondance (si différente) :	
Téléphone :			
Email :			
N° SIREN :	Code NIC :	Code NAF :	N° UAI :
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 surcomplémentaire 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 : 01/ /2025

<b>L'adhérent</b>
- déclare avoir pris connaissance et accepter les Conditions Générales frais de santé HAUT DE GAMME – PAYS DE LOIRE version 01-2025.
- reconnaît avoir reçu un exemplaire de la notice d'information version 01-2025 à remettre à ses participants.

<b>Documents à joindre :</b>
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.

Dans le cadre de l'adhésion de vos salariés, ceux-ci confient à l'organisme recommandé et ses partenaires des données personnelles les concernant ou concernant leurs ayants droit (en particulier des données de santé).

L'organisme recommandé, responsable du traitement, traite ces données pour l'exécution du contrat. Celles-ci seront conservées le temps nécessaire pour répondre aux finalités des traitements. Conformément à la réglementation en vigueur (Règlement général sur la protection des données, dit « RGPD », du 27 avril 2016 et Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée), les adhérents bénéficient d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, d'un droit à la portabilité et d'un droit à la limitation du traitement des données, ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de leurs données après leur décès. Ces droits peuvent être exercés par email à [dpo@uniprevoyance.fr](mailto:dpo@uniprevoyance.fr).

En cas de réclamation relative à la protection des données, le salarié et les adhérents disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Les adhérents disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Worldline. Pour plus d'informations: [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

RESERVE A L'ADHERENT	RESERVE A L'ORGANISME RECOMMANDE
Signature du Responsable (cachet de l'adhérent)	Signature du Responsable
Nom :	Nom :
Fonction :	Fonction :
Fait à	Fait à
le	le

BULLETIN A RETOURNER A :

UNIPREVOYANCE  
38-42 rue Cuvier – CS 80 002  
93102 Montreuil Cedex

