



UNIPREVOYANCE

BULLETIN D'ADHESION PREVOYANCE CADRE ET ASSIMILE ENSEIGNEMENT PRIVE SOUS CONTRAT

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

L'entreprise ci-après dénommée 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 :
représentée par :		agissant en qualité de :
ayant tout pouvoir pour engager l'adhérent.		

1) Déclare **(Cochez la case correspondante)** :

<input type="checkbox"/> être adhérent à l'un des organismes employeurs signataires de l'accord du 2 octobre 2013 et avoir passé un contrat avec l'Etat pour une ou plusieurs classes dans le cadre de l'article L. 442-1 du Code de l'éducation ou L. 813-8 du code rural :
Dans ce cas, merci de cocher la case correspondant à l'organisme employeur signataire auquel vous adhérez :
<input type="checkbox"/> FNOGEC <input type="checkbox"/> FFNEAP <input type="checkbox"/> SNCEEL <input type="checkbox"/> SYNADEC
<input type="checkbox"/> SYNADIC <input type="checkbox"/> UNEAP <input type="checkbox"/> UNETP
<input type="checkbox"/> ne pas être adhérent à l'un des organismes employeurs signataires de l'accord du 2 octobre 2013 mais être autorisé par la Commission Paritaire Nationale de Prévoyance à adhérer au régime de prévoyance des personnels cadres et assimilés, exerçant dans les établissements d'Enseignement Privé, visés par l'accord national du 2 octobre 2013. A cet effet, vous devez nous adresser une copie de l'autorisation signée de la Commission Paritaire Nationale de Prévoyance.
vous ne pouvez pas souscrire le présent contrat, si vous ne relevez d'un des deux cas indiqués ci-dessus.

2) Adhère auprès d'UNIPREVOYANCE ci-après dénommé organisme assureur au titre du régime de prévoyance des personnels cadres et assimilés, exerçant dans les établissements d'Enseignement Privé, visés par l'accord national du 2 octobre 2013 modifié par le protocole d'accord du 26 juin 2014.

DATE D'EFFET SOUHAITEE (3) : ____ / ____ / ____

10, rue Massue - 94307 Vincennes Cedex
Tél. : 01 58 64 41 00 - Fax : 01 58 64 42 30

www.uniprevoiance.fr

Institution régie par le code de la Sécurité Sociale

Personnel assuré	Garanties Prévoyance	Taux de cotisation
Personnel cadre et assimilé (1)	Décès Arrêt de travail	1,70 % du salaire brut (2)
Personnel cadre et assimilé (1) bénéficiaire d'un régime de préretraite progressive	Décès Arrêt de travail	1,70 % du salaire défini à l'annexe 1 du contrat d'assurance national
Personnel cadre et assimilé (1) bénéficiaire d'un dispositif de préretraite totale	Décès	0,55 % du salaire défini à l'annexe 2 du contrat d'assurance national
Personnel cadre et assimilé (1) dont le contrat est rompu pour inaptitude à l'emploi sans possibilité de reclassement	Décès	Sans contrepartie de cotisation
Personnel cadre et assimilé (1) licencié économique	Décès	Sans contrepartie de cotisation
Personnel cadre et assimilé (1) bénéficiaire d'un temps partiel d'éducation	Décès (option)	0,55 % du salaire défini à l'annexe 3 du contrat d'assurance national
Personnel cadre et assimilé (1) bénéficiaire d'un congé parental d'éducation	Décès (option)	0,55 % du salaire défini à l'annexe 3 du contrat d'assurance national
Personnel cadre et assimilé (1) bénéficiaire d'un autre type de congrés sans solde	Décès (option)	0,55 % du salaire défini à l'annexe 3 du contrat d'assurance national

(1) ensemble des salariés, sous contrat de travail à la date d'effet de l'adhésion ainsi que ceux embauchés ultérieurement dans la catégorie, relevant du régime des cadres et assimilés au titre des dispositions des articles 4 et 4 bis de la Convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947

(2) Salaire brut servant de base à la déclaration annuelle des salaires transmise à l'administration fiscale

(3) La date d'effet pourra être modifiée si le présent bulletin d'adhésion n'est pas signé et retourné dans les 30 jours suivant la date d'effet retenue. En conséquence, l'adhésion sera réputée nulle et non avenue tant à l'égard des participants que de l'adhérent et l'organisme assureur ne sera tenu à aucun engagement.

Aucune cotisation de prévoyance n'est due à l'organisme assureur sur les prestations du régime liquidées et versées par ses soins pendant toute la période de versement des dites prestations aux participants ou anciens participants bénéficiaires.

L'adhérent :

- déclare avoir pris connaissance et accepter les dispositions du contrat d'assurance national dont le texte est joint au présent bulletin.
- reconnaît avoir reçu un exemplaire de la notice d'information à remettre à ses participants.

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



UNIPRÉVOYANCE

DECLARATION DE LA LISTE DU PERSONNEL CADRE ET ASSIMILE

(A retourner à l'Institution avec le bulletin d'adhésion)

L'Entreprise :

CETTE LISTE DOIT COMPRENDRE TOUT LE PERSONNEL CONCERNE, FIGURANT A L'EFFECTIF (Y COMPRIS LE PERSONNEL EN ARRET DE TRAVAIL, ETANT PRECISE QUE L'ADMISSION AU TITRE DES GARANTIES INCAPACITE TOTALE TEMPORAIRE DE TRAVAIL ET INVALIDITE PERMANENTE INTERVIENT A COMPTER DE LA DATE DE REPRISE DE TRAVAIL). EN CAS D'INSUFFISANCE DU TABLEAU CI-DESSOUS, VEUILLEZ LE PROLONGER SUR UNE FEUILLE DE PAPIER LIBRE REVETUE DU CACHET DE L'ENTREPRISE.

	NOM et PRENOM	N° Sécurité Sociale	Situation de Famille (*)	Nombre d'enfant(s) à charge	Salaire annuel brut	Salariés en arrêt de travail
1						<input type="checkbox"/>
2						<input type="checkbox"/>
3						<input type="checkbox"/>
4						<input type="checkbox"/>
5						<input type="checkbox"/>
6						<input type="checkbox"/>
7						<input type="checkbox"/>
8						<input type="checkbox"/>
9						<input type="checkbox"/>
10						<input type="checkbox"/>
11						<input type="checkbox"/>
12						<input type="checkbox"/>
13						<input type="checkbox"/>
14						<input type="checkbox"/>
15						<input type="checkbox"/>
16						<input type="checkbox"/>
17						<input type="checkbox"/>
18						<input type="checkbox"/>
19						<input type="checkbox"/>
20						<input type="checkbox"/>

(*) C: célibataire – M: marié – D: divorcé – V: veuf

L'entreprise s'engage à communiquer à Uniprévoyance les informations concernant les assurés dans le strict respect de la loi Informatique et Libertés relative à la protection des données personnelles. Ces informations pourront être communiquées à toutes personnes habilitées et intervenant dans la gestion, l'exécution, la passation du contrat de l'assuré. En retour, celui-ci a un libre accès aux informations le concernant conformément à cette réglementation. Pour les consulter, s'y opposer ou demander leur rectification, il pourra contacter le correspondant informatique et libertés (CIL) d'Uniprévoyance.

Fait à :, le : |___/___/_____|

CACHET ET SIGNATURE DE L' ENTREPRISE ADHERENTE :