



UNIPREVOYANCE

BULLETIN D'ADHESION PREVOYANCE ENSEIGNEMENT PRIVE SOUS CONTRAT

PERSONNEL ENSEIGNANT ET DE DOCUMENTATION REMUNERE PAR L'ETAT

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

L'établissement ci-après dénommée l'adhérent :

Nom ou Raison Sociale :		
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) Adhère auprès d'UNIPREVOYANCE en application du **régime de prévoyance obligatoire** mis en place au profit de **l'ensemble du personnel enseignant et de documentation rémunérés par l'Etat** exerçant dans les établissements d'Enseignement privé sous contrat et relevant des ministères chargés de l'éducation et de l'agriculture, désignés comme participants (**Convention relative au régime de prévoyance des personnels enseignants et de documentation rémunérés par l'Etat du 28 juin 2012 modifiée par le protocole d'accord du 26 juin 2014**).

2) DATE D'EFFET SOUHAITEE : ____ / ____ / ____

Catégories de participants	Garanties Prévoyance	Taux de cotisation contractuel
Personnel enseignant et de documentation relevant de la fonction publique (RSF)	Décès IAD Incapacité de travail invalidité	0,60 % du traitement brut servi par l'Etat répartis à raison de : - 0,40 % à la charge de l'adhérent (1) - 0,20 % à la charge du participant (2)
Personnel enseignant et de documentation relevant du régime général de la sécurité sociale (RGSS) ou de la mutualité sociale agricole (MSA)		
Personnel enseignant et de documentation en cessation progressive d'activité (CPA)		0,60 % de la rémunération totale perçue pendant la période de CPA y compris le revenu de remplacement répartis à raison de : - 0,40 % à la charge de l'adhérent (1) - 0,20 % à la charge du participant (2)

Personnel enseignant et de documentation relevant du RSF en congé parental, disponibilité ou congés non rémunéré sauf d'office pour raisons de santé	Décès IAD	0.30 %du traitement brut servi par l'Etat à la date du congé (3). A la charge du participant
Personnel enseignant et de documentation relevant du RGSS ou de la MSA en congé parental		
Personnel enseignant et de documentation relevant du RGSS ou MSA en congé non rémunéré pour raisons familiales ou convenances personnelles		Sans contrepartie de cotisation
Personnel enseignant et de documentation relevant du RSF, du RGSS ou MSA-en congé de présence parentale ou en congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie		
Personnel enseignant et de documentation relevant du RSF, du RGSS ou MSA – Perte d'emploi		

(1) La contribution de l'adhérent pourra être appelée sur la base d'un taux différent en application des dispositions de la convention du 28 juin 2012 modifiée par le protocole d'accord du 26 juin 2014 et du contrat d'assurance.

(2) La part de la cotisation à la charge du participant est prélevée sur son bulletin de paie par l'Etat et reversée directement par ce dernier au réassureur.

(3) La contribution volontaire de 0.30% à la charge du participant s'applique après l'éventuelle période de gratuité prévue contractuellement. Cette contribution volontaire pourra être appelée sur la base d'un taux différent en application des dispositions de la convention du 28 juin 2012 modifiée par le protocole d'accord du 26 juin 2014.

Aucune cotisation de prévoyance n'est due à UNIPREVOYANCE 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.**
- **reconnait 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
<i>Fait à le</i>	<i>Fait à le</i>



UNIPRÉVOYANCE

DECLARATION DE LA LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT ET DE DOCUMENTATION REMUNERES PAR L'ETAT

L'Entreprise :

CETTE LISTE DOIT COMPRENDRE TOUT LE PERSONNEL CONCERNE, FIGURANT A L'EFFECTIF (Y COMPRIS LE PERSONNEL EN ARRÊT 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 :