



BULLETIN D'ADHESION FRAIS DE SANTE EEP SANTE

ENSEMBLE DU PERSONNEL SALARIE ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT PRIVES 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) :

Téléphone :

Email :

N° SIREN :

Code NIC :

Code NAF :

N° UAI :

représenté par :

agissant en qualité de :

ayant tout pouvoir pour engager l'établissement.

1) Déclare (cochez la case correspondante) - Nous contacter en cas de situation mixte

Relever du régime agricole (MSA)

Relever du Régime Général de la
Sécurité Sociale

Relever du Régime Local de la
Sécurité Sociale (Alsace Moselle)

Relever du champ d'application de l'accord collectif (cocher l'IDCC ou les IDCC dont l'établissement relève, sur le tableau se trouvant au verso).

Ne pas relever du champ d'application de l'accord collectif tel qu'indiqué ci-dessus mais être autorisé par la Commission Paritaire Nationale Santé à adhérer au régime Frais de Santé du personnel salarié des Etablissements d'Enseignement Privés sous contrat.

Votre établissement doit alors figurer sur le fichier des cas dérogatoires communiqué par la Commission Paritaire Nationale EEP Santé.

*** Vous ne pouvez pas souscrire le présent contrat, si vous ne relevez d'un des deux cas indiqués ci-dessus.**

2) Adhère auprès d'Uniprévoyance ci-après dénommé organisme recommandé au titre du régime EEP Santé du personnel salarié des Etablissements d'Enseignement Privés sous contrat.

Nombre de cadres :

Nombre de non-cadres :

3) A fait le choix du niveau de couverture obligatoire suivant :

En application de l'accord du 31 janvier 2022, vous devez au minimum souscrire au régime socle obligatoire (la couverture du socle obligatoire est financée par l'employeur à hauteur de 50 % minimum de la cotisation due pour un salarié affilié au régime général quel que soit le régime effectif d'affiliation du salarié). Vous avez également la possibilité d'améliorer le régime obligatoire.

Régime socle obligatoire

Autre choix à préciser :

Socle obligatoire avec taux de participation employeur :

Option 1 obligatoire avec taux de participation employeur :

Option 2 obligatoire avec taux de participation employeur :

Option 3 obligatoire avec taux de participation employeur :

Ces choix résultent :

D'un accord collectif

D'une décision unilatérale d'entreprise

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

Tél : 01 58 64 41 00

www.uniprevoiance.fr

Institution de Prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale

L'autorité chargée du contrôle de l'Institution est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située : 4, place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09

DATE D'EFFET SOUHAITEE : 01 / /2026.

L'adhérent relève de l' IDCC (ou des IDCC) suivant(s) :

Cochez	Numéro IDCC	Intitulé du texte applicable
	3218	Convention collective de l'Enseignement privé non lucratif (1)
	7520	Convention collective des personnels des établissements agricoles privés relevant du Conseil National de l'Enseignement Agricole Privé
		Statut du chef d'établissement de l'Enseignement catholique
		Statut du chef d'établissement d'un établissement du CNEAP (2)

(1) Instituts et Universités catholiques, Etablissements ayant majoritairement des classes sous contrat avec l'Etat, les structures et notamment les centres de formation qui leur sont rattachés ainsi que les structures concourant au fonctionnement des établissements ayant majoritairement des classes sous contrat de l'enseignement général, technologique et professionnel (FNOGEC, organisations professionnelles de chefs d'établissement, UDOGEC, UROGEC, DDEC, ISFEC, Formiris etc.)

(2) Conseil National de l'Enseignement Agricole Privé.

L'adhérent

- **déclare avoir pris connaissance et accepter les Conditions Générales frais de santé version 01-2026, dont le texte est joint au présent bulletin.**

La garantie concerne l'ensemble du personnel salarié :

- sous contrat de travail ou dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'il bénéficie, pendant cette période : d'un maintien de salaire, total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires, de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de sécurité sociale (à l'exclusion de ceux dont le contrat de travail est suspendu notamment pour congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé sabbatique, congé de solidarité familiale, congé pour projet de transition professionnelle, périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité, détention pénitentiaire) , d'un revenu de remplacement versé par l'adhérent (pour les salariés notamment placés en activité partielle au sens des dispositions du Code du travail relevant des articles L. 5122-1 ; R. 5122-1 et suivants ou en activité partielle de longue durée conformément aux dispositions de la loi n°2020-734 du 17 juin 2020 (art.53) et du décret n° 2020-926 du 28 juillet 2020),
- affilié à la Sécurité Sociale.

- **reconnait avoir reçu un exemplaire de la notice d'information version 01-2026 à remettre à ses salariés et qu'il a pris connaissance de l'obligation de remettre la notice à chaque salarié contre récépissé.**

Documents à joindre :

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

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.

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	le	Fait à	le

BULLETIN A RETOURNER A :

UNIPREVOYANCE

38-42 rue Cuvier – CS 80 002

93102 Montreuil Cedex

