BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION
CCN ANIMATION

CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL
CODE VENDEUR : 001_00_B / CODE APPORTEUR (N° ORIAS) : |__|__|__|__|__|__|__|__|__| R

umanens L'humain a du sens

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

ENTREPRISE/ASSOCIATION (CONTRAT EC_ UAN|__|__|__|__|__|__|)

RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE CHOISI PAR L'EMPLOYEUR : ☐ Base / ☐ Option 1 / ☐ Option 2

CATÉGORIE DU RÉGIME APPICABLE AU SALARIÉ : ☐ Ensemble du personnel / ☐ Cadres* / ☐ Non-Cadres*

RAISON SOCIALE : .....

N° SIRET : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CORRESPONDANT ENTREPRISE / FONCTION : .....

☐ MME ☐ M. NOM : ..... PRÉNOM : .....

EMAIL : .....

TÉLÉPHONE FIXE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| - PORTABLE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

* En application des dispositions à la convention nationale de retraite et de prévoyance du 14 mars 1947 (art. 4, 4bis et 36 de l'annexe I).

IDENTIFICATION DU SALARIÉ

DATE D'EFFET DE L'AFFILIATION : |__|__| / |__|__| / 2 0 |__|__| DATE D'ENTRÉE DANS L'ENTREPRISE : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

☐ MME ☐ M. NOM : ..... NOM JEUNE FILLE : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| - NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

RÉGIME : ☐ GÉNÉRAL ☐ LOCAL (ALSACE-MOSELLE) / (Je bénéficie de la télétransmission des décomptes. En cas de refus, cochez ici : ☐)

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : |__|__|__|__|__| - VILLE : .....

EMAIL : .....

TÉLÉPHONE FIXE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| - PORTABLE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

COTISATIONS EN % PMSS

Régime Général	BASE			OPTION 1		OPTION 2
	Base (= régime collectif obligatoire)	**Option 1**	**Option 2**	**Base et Option 1** (= régime collectif obligatoire)	**Option 2**	**Base et Option 2** (= régime collectif obligatoire)
Salarié	0,94%	+0,64%	+0,86%	1,47%	+0,22%	1,66%
+ Conjoint (facultatif)	+1,08%	+0,73%	+0,99%	+1,69%	+0,26%	+1,91%
+ Enfant (facultatif) Gratuité à partir du 3ème enfant	+0,70%	+0,32%	+0,49%	+0,97%	+0,17%	+1,11%

Régime Local (Alsace-Moselle)	BASE			OPTION 1		OPTION 2
	Base (= régime collectif obligatoire)	**Option 1**	**Option 2**	**Base et Option 1** (= régime collectif obligatoire)	**Option 2**	**Base et Option 2** (= régime collectif obligatoire)
Salarié	0,42%	+0,64%	+0,86%	0,95%	+0,22%	1,14%
+ Conjoint (facultatif)	+0,48%	+0,73%	+0,99%	+1,09%	+0,26%	+1,31%
+ Enfant (facultatif) Gratuité à partir du 3ème enfant	+0,34%	+0,32%	+0,49%	+0,61%	+0,17%	+0,75%

Selon le régime collectif obligatoire choisi par l'employeur, les cotisations facultatives pour les options et les ayants droit sont à ajouter à la cotisation de base (en gras dans le tableau-case grisée). La cotisation sera prélevée mensuellement sur votre compte bancaire en début de mois.

SIGNATURE EMPLOYEUR / SIGNATURE DU REPRÉSENTANT ET CACHET

Fait à : .....

Le : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

SIGNATURE SALARIÉ(E)

Fait à : .....

Le : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des informations fournies.

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION
CCN ANIMATION

EN CAS DE MODIFICATION DE VOTRE SITUATION, MERCI DE COMPLÉTER UNIQUEMENT CETTE PAGE.

Umanens L'humain a du sens

A REMPLIR PAR LE SALARIÉ

S'il y a modification de garantie facultative, cela nécessite une lettre recommandée avec accusé de réception au 31/10 de l'année pour effet au 01/01 de l'année suivante.

JE SOUSSIGNÉ(E) ☐ MME ☐ M. NOM : ..... PRÉNOM : .....

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

RAISON SOCIALE DE MON ENTREPRISE : .....

COMPLÈTE MON AFFILIATION COMME SUIT :

AFFILIATION AUX GARANTIES OPTIONNELLES ET AFFILIATION DES AYANTS DROIT

SITUATION FAMILIALE : ☐ CÉLIBATAIRE / ☐ MARIÉ(E) / ☐ PACSÉ(E) / ☐ VIE MARITALE / ☐ DIVORCÉ(E) / ☐ VEUF(VE)

En cas d'affiliation aux garanties optionnelles et de couverture de vos ayants droit, la cotisation sera entièrement à votre charge.

➡ **Je complète ma garantie par** : ☐ **Option 1 / ☐ Option 2 (selon le choix du régime obligatoire mis en place par votre employeur).**

➡ **Je choisis d'affilier mes ayants droit à titre facultatif** (gratuité à partir du 3ème enfant) : ☐ **Oui / ☐ Non**

Chaque ayant droit bénéficiera des mêmes garanties que vous.

➡ **Mon(ma) conjoint(e) :**

☐ MME ☐ M. NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| - NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

RÉGIME : ☐ GÉNÉRAL ☐ LOCAL (ALSACE-MOSELLE) / (Mon(ma) conjoint(e) bénéficie de la télétransmission des décomptes. En cas de refus, cochez ici : ☐)

➡ **Mes enfants :**

	NOM	PRÉNOM	SEXE (M/F)	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (de rattachement, le cas échéant)	TÉLÉ TRANSMISSION
Enfant 1			|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	☐ OUI ☐ NON
Enfant 2			|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	☐ OUI ☐ NON
Enfant 3			|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	☐ OUI ☐ NON
Enfant 4			|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	☐ OUI ☐ NON

PIÈCES À JOINDRE À VOTRE BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

CADRE RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

➡ **La photocopie des attestations de droit à l'Assurance Maladie pour l'ensemble des personnes affiliées** ..... ☐

➡ **1 certificat/attestation pour les enfants de plus de 18 ans (scolarité, pôle emploi, apprentissage...)** ..... ☐

➡ **1 RIB pour les prélèvements, accompagné du mandat de prélèvement SEPA (prélèvement cotisations facultatives)** ..... ☐

➡ **RIB(s) pour le versement des prestations aux bénéficiaires** ..... ☐

Vos pièces ci-dessus ainsi que votre bulletin individuel d'affiliation sont à envoyer à :

Gestion Branche Umanens - TSA 60 002 - 75487 Paris Cedex 10.

SIGNATURE SALARIÉ(E)

Fait à : ..... / Le : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies.

Pour recevoir des offres des membres d'Umanens, cochez la case ☐

Exemplaire réservé à la mutuelle

Les statuts et la notice d'information sont disponibles auprès de votre employeur. Les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la gestion de votre contrat. Elles peuvent être communiquées aux partenaires de la Mutuelle uniquement aux fins d'exécution des garanties souscrites. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux informations qui vous concernent, droit que vous pouvez exercer auprès de La Mutuelle Familiale 52, rue d'Hauteville, 75487 Paris Cedex 10. Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 784 442 915.

1807-BIA-CCN-ANI.