BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION
CCN SPORT

CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL
CODE VENDEUR : 0 0 1 0 0 B / CODE APPORTEUR (N° ORIAS) : _____ R

umanens L'humain a du sens

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

ENTREPRISE/ASSOCIATION (CONTRAT EC_ USP_____)

RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE CHOISI PAR L'EMPLOYEUR : ☐ Base (R1) / ☐ Option 1 (R2) / ☐ Option 2 (R3)

CATÉGORIE DU RÉGIME APPLICABLE 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 : __/__/20__ 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

% A titre indicatif retrouvez les cotisations en équivalent € sur umanens.fr

		CHOIX 1			CHOIX 2		CHOIX 3
		BASE (R1) Régime obligatoire	OPTION 1 (R2)	OPTION 2 (R3)	OPTION 1 (R2) Régime obligatoire	OPTION 2 (R3)	OPTION 2 (R3) Régime obligatoire
Régime Général	Salarié	0,92%	+0,29%	+0,46%	1,17%	+0,17%	1,32%
	+ Conjoint (facultatif)	+1,12%	+0,31%	+0,49%	+1,39%	+0,18%	+1,55%
	+ Enfant* (facultatif)	+0,62%	+0,17%	+0,29%	+0,77%	+0,12%	+0,87%
Régime Local (Alsace-Moselle)	Salarié	0,59%	+0,20%	+0,35%	0,77%	+0,15%	0,89%
	+ Conjoint (facultatif)	+0,73%	+0,22%	+0,37%	+0,92%	+0,15%	+1,05%
	+ Enfant* (facultatif)	+0,40%	+0,12%	+0,22%	+0,50%	+0,10%	+0,59%

*Enfant : Gratuité à partir du 3ème

Selon le régime obligatoire mis en place par votre employeur, vous pourrez choisir un niveau de garanties supérieur, le surplus de cotisation sera entièrement à votre charge. Les cotisations pour votre ayant droit sont à ajouter au niveau de garanties choisi, et uniquement à votre charge.

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.

RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES : VOIR PAGE ANNEXE

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION
CCN SPORT

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 (R2) / ☐ Option 2 (R3) (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

Afin d'améliorer vos remboursements pour vous-même et vos ayants droit, Umanens met à votre disposition une surcomplémentaire «Renfort Umanens». Retrouvez toutes les informations sur https://www.umanens.fr/salarie/surcomplementaire-sante-umanens

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...)** ..... ☐
- **Justificatif d'identité avec photo en cours de validité*** ..... ☐
- **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.

*Justificatif d'identité (carte nationale d'identité, titre de séjour, passeport, permis de conduire) de l'adhérent du contrat, de la personne réglant les cotisations si celle-ci est différente de l'adhérent ainsi que des ayants droit.

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

1901-BIA-CCN-SPO.

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION ANNEXE

MENTIONS LÉGALES ET RGPD

INFORMATION SUR VOTRE MUTUELLE

Les organismes assureurs

Contrat coassuré par les membres de l'UGM Umanens, Mutuelles soumises aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité: IDENTITÉS MUTUELLE, SIREN 379 655 541, 24 boulevard de Courcelles - 75017 PARIS ;

LA MUTUELLE FAMILIALE, SIREN 784 442 915, 52 rue d'Hauteville - 75010 PARIS ; MUTUALIA GRAND OUEST (MGO), SIREN 401 285 309, Parc d'activité de Laroiseau, 6 rue Anita Conti - 56008 VANNES Cedex ; MUTUALIA ALLIANCE SANTE (MAS) SIREN 403 596 265, 1 rue André Gatoux - 62024 ARRAS Cedex ; MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES (MTS) SIREN 449 571 256, 75 avenue Gabriel Péri - 38400 Saint Martin d'Heres.

Les organismes distributeur

Umanens, Mutuelles soumises aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité: IDENTITÉS MUTUELLE, SIREN 379 655 541, 24 boulevard de Courcelles - 75017 PARIS ;

LA MUTUELLE FAMILIALE, SIREN 784 442 915, 52 rue d'Hauteville - 75010 PARIS ; MUTUALIA GRAND OUEST (MGO), SIREN 401 285 309, Parc d'activité de Laroiseau, 6 rue Anita Conti - 56008 VANNES Cedex ; MUTUALIA ALLIANCE SANTE (MAS) SIREN 403 596 265, 1 rue André Gatoux - 62024 ARRAS Cedex ; MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES (MTS) SIREN 449 571 256, 75 avenue Gabriel Péri - 38400 Saint Martin d'Heres.

INFORMATION SUR VOTRE GESTIONNAIRE

Le Gestionnaire : La Mutuelle Familiale, Mutuelle soumise au livre II du Code de la Mutualité, SIREN numéro 784 442 915, dont le siège social est sis 52, rue d'Hauteville, 75487 PARIS CEDEX 10.
Toute demande de réclamation concernant l'application du Contrat pourra être adressée par l'Employeur, le salarié ou, le cas échéant, ses ayants droit, au siège du Gestionnaire :

- par courriel à reclamations@umanens.fr
- par voie postale à l'attention de :

Service Réclamations Umanens
La Mutuelle Familiale 52, rue d'Hauteville 75487 Paris Cedex 10.

INFORMATION RGPD

Règlement Général sur la Protection des Données

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 s'applique aux réponses faites au présent formulaire.

Finalités du traitement

La collecte, l'enregistrement et le traitement de vos données personnelles via le présent bulletin d'adhésion a pour but d'assurer la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance auprès de la Mutuelle Familiale, délégataire de gestion du présent contrat. Les réponses renseignées présentent un caractère obligatoire. A défaut, la Mutuelle ne sera pas en mesure d'assurer l'enregistrement et la gestion de votre adhésion.
Elles pourront également être utilisées pour vous proposer des offres avec votre consentement exprès, exprimé dans la case ci-contre ☐. Vous pouvez exercer le retrait de votre consentement à tout moment.

Bases légales du traitement

La collecte et le traitement de vos données est nécessaire à l'exécution de votre contrat et au respect de ses obligations légales par la Mutuelle en matière de lutte contre le blanchiment et fraude.

Données et catégories de personnes concernées

Les données collectées concernent ainsi celles des adhérents de la Mutuelle et leurs ayant-droits.
Elles portent sur leur état civil, leur NIR, leur RIB ou tout autre document nécessaire à la gestion et l'exécution du contrat, notamment :

- Les données relatives à l'identification des parties (état civil, pièces d'identité, coordonnées etc.) ;
- Les données relatives à la situation familiale des parties ou intéressés au contrat et nécessaires à son application ;
- Les données relatives à la situation professionnelle des parties ou intéressés au contrat et nécessaires à son application (CSP, domaine d'activité, convention collective etc.).
- Les données nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des prestations liées au contrat (numéro d'identification de l'adhérent, autorisation de prélèvement, remboursements complémentaires sécurité sociale etc...).

Destinataires
Ces données sont destinées aux services de la Mutuelle et peuvent être transmises à ses partenaires prenant part à l'exécution de vos garanties.

Durée de conservation
Ces données sont conservées le temps nécessaire à l'exécution de votre contrat d'assurance et conformément aux délais de prescription en vigueur

Droits des personnes concernées
Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou leur limitation. Vous disposez également d'un droit d'opposition au traitement de vos données et droit à leur portabilité (cf. CNIL pour plus d'informations sur vos droits).

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous devez fournir vos nom, prénom, n° adhérent ainsi qu'une copie d'une pièce d'identité et contacter notre délégué à la protection des données (DPO).
Ce droit s'exerce sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle, soit par courrier postal en écrivant à La Mutuelle Familiale – Délégué à la Protection des Données - 52 rue d'Hauteville 75010 PARIS, soit par courrier électronique à donneespersonnelles@mutuelle-familiale.fr.
Si vous n'êtes pas satisfait de vos échanges avec la Mutuelle, vous avez la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : CNIL – 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex 07.

DROIT DE RENONCIATION

Adhésion à distance
Toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet.
Dans ce cadre, l'application des garanties ne pourra pas être demandée avant écoulement du délai précédent, sauf demande d'exécution anticipée, en cochant la case ci-contre : ☐. je sollicite l'exécution anticipée de mes garanties à compter de la date portée au présent bulletin ou dès sa réception si cette date est postérieure.

Démarchage
Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités (article L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité).

Modalités
La renonciation doit être faite par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante : La Mutuelle Familiale – 52 rue d'Hauteville 75487 Paris Cedex 10.
selon le modèle ci-après : « Par le présent envoi recommandé avec avis de réception, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse, n° adhérent], déclare renoncer à mon adhésion au contrat [référence de la garantie], souscrit le [date] à [lieu]. Date et signature ».

Conséquences
L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de l'envoi recommandé. Le membre participant demeure néanmoins tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru. Ce montant proratisé est déterminé en jours calendaires.
Le droit de renonciation ne peut plus être exercé lorsque le membre participant demande l'exécution anticipée de ses garanties en cas d'adhésion à distance, ou lorsque sa garantie est mise en œuvre en connaissance de cause par lui-même et ses ayants droit, en cas de démarchage.