BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION
CCN SPORT

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_ 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 : |__|__| / |__|__| / |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

% 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.

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

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 recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par La Mutuelle Familiale pour la gestion de votre contrat. Elles sont conservées pendant toute la durée de votre affiliation et sont destinées au gestionnaire du contrat. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : La Mutuelle Familiale - 52 rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10. Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : https://conso.bloctel.fr/