DEMANDE D'ADHÉSION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

CCN DES TRANSPORTS ROUTIERS (MARCHANDISES, LOCATION, FRET)

umanens L'humain a du sens

CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL

CODE VENDEUR : |_0_|_0_|_1_| |_0_|_0_| B / CODE APPORTEUR (N° ORIAS) : |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| R

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

ENTREPRISE

RAISON SOCIALE : .....

N° SIRET : |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| - FORME JURIDIQUE : ..... CODE APE : |_____|_____|_____|_____|_____|

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : |_____|_____|_____|_____|_____| - VILLE : .....

CORRESPONDANT ENTREPRISE / FONCTION : .....

☐ MME ☐ M. NOM : ..... PRÉNOM : .....

EMAIL : .....

TÉLÉPHONE FIXE : |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| - PORTABLE : |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

ADRESSE DE CORRESPONDANCE (SI DIFFÉRENTE DU SIÈGE) : .....

.....

CODE POSTAL : |_____|_____|_____|_____|_____| - VILLE : .....

ADHÉSION AU CONTRAT

Je soussigné(e) ☐ MME ☐ M. NOM : ..... PRÉNOM : .....
agissant en qualité de ..... ayant pouvoir d'engager l'entreprise précitée, demande l'adhésion au présent contrat.

- **Mon adhésion au régime prend effet le :** |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| / |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| / |2|0|_____|_____|
- **J'affilie :** ☐ Ensemble du personnel / ☐ Cadres* / ☐ Non-Cadres* (cochez une seule case) / Effectif affilié : |_____|_____|_____|
- **Je choisis à titre collectif et obligatoire, la formule suivante :** ☐ Régime de Base (adulte/enfant) ☐ Régime Amélioré 1 ☐ Régime Amélioré 2
  et j'opte pour une structure ☐ Salarié (ayants droit facultatif) ou ☐ Isolé/Famille (ayants droit obligatoire)
- **Je m'engage à acquitter les cotisations mensuelles :** ☐ Par prélèvement ☐ Par virement ☐ Par chèque
- **J'atteste :** ☒ Relever de la CCN des Transports routiers (Marchandises, Location, Fret)

* 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).

- En complément du régime collectif et obligatoire mise en œuvre pour votre structure, les salariés peuvent s'affilier à la surcomplémentaire facultative «Renfort Umanens » (intégralement à leur charge, sans contribution employeur) afin d'améliorer leurs garanties frais de santé, pour eux-mêmes et leurs ayants droit »

Cette adhésion vaut pour ma structure et ses établissements présents et futurs. J'affilie l'ensemble des salariés du collège ci-avant déterminé.

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

COTISATIONS		RÉGIME DE BASE		RÉGIME AMÉLIORÉ N°1 (y compris Base)		RÉGIME AMÉLIORÉ N°2 (y compris Base)	
		Général	Local A/M	Général	Local A/M	Général	Local A/M
Structure 1	Salarié	1,00% PMSS	0,60% PMSS	1,45% PMSS	0,87% PMSS	1,95% PMSS	1,18% PMSS
Structure 2	Isolé	-	-	1,45% PMSS	0,87% PMSS	1,95% PMSS	1,18% PMSS
	Famille (1)	-	-	3,90% PMSS	2,35% PMSS	5,29% PMSS	3,15% PMSS

(1) : Inclut le salarié, les enfants, et le conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale.
La cotisation versée au titre de la garantie ci-dessus, souscrite à titre obligatoire est financée à hauteur de 50% minimum par l'employeur.

DÉCLARATION DE L'ENTREPRISE

- Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales du présent régime frais de santé.
- Je m'engage, conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, à remettre un exemplaire de la notice d'information du régime à chacun des salariés présents et futurs, affiliés au régime.

MODALITÉS D'ADHÉSION

Merci de joindre à la présente demande d'adhésion :
- Un extrait K-Bis de moins de 3 mois

et
- Pour les entreprises souhaitant un prélèvement automatique, un mandat SEPA dûment complété.

DOCUMENTS À RETOURNER PAR COURRIER À

GESTION BRANCHE UMANENS - TSA 60 002 - 75487 PARIS CEDEX 10.

SIGNATURE EMPLOYEUR / SIGNATURE DU REPRÉSENTANT ET CACHET

Fait à : .....

Le : |_____|_____| / |_____|_____| / |_____|_____|_____|_____|

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies et je reconnais avoir pris connaissance des statuts de la mutuelle.

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

CACHET DISTRIBUTEUR

A réception de la présente demande, les conditions particulières du contrat vous seront adressées.

RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES : VOIR PAGE ANNEXE

1912-DAD-PDT-TRA

DEMANDE D'ADHÉSION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ANNEXE

MENTIONS LÉGALES ET RGPD

INFORMATION SUR VOTRE MUTUELLE

Les organismes assureurs

Contrat assuré par les membres de l'UGM Umanens, Mutuelles soumises aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité (affectation de la mutuelle assureur selon les conventions de l'UGM):

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 distributeurs

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 le 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

« Les informations nominatives recueillies sur ce formulaire sont enregistrées et traitées par Gerep pour la passation, la gestion et l'exécution des garanties souscrites. Ces informations sont indispensables à la souscription de la proposition contractuelle d'assurance. Elles pourront également être utilisées pour assurer le suivi et la gestion de notre relation commerciale et 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.

Ces données sont destinées aux services de la Mutuelle et peuvent être transmises à ses partenaires prenant part à la gestion de la garantie ainsi qu'au suivi et à la gestion de la relation commerciale. Ces données sont conservées le temps nécessaire à l'exécution de votre contrat d'assurance et conformément aux délais de prescription en vigueur.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004 et au Règlement européen relatif à la protection des données personnelles n°2016/679, du 27 avril 2016, les informations recueillies sont confidentielles. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité sur les informations vous concernant.

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 ».