

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION PME DU CAOUTCHOUC ET DE LA PLASTURGIE

CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL

CODE VENDEUR : 001_00_B / CODE APORTEUR (N° ORIAS) : _____ R

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

COMPLÉMENTAIRE : ISOLÉ / DUO / FAMILLE

ENTREPRISE

(CONTRAT EC_ UPL. _____)

RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE CHOISI PAR L'EMPLOYEUR : Base / Option 1 / Option 2 / Option 3

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 / (Je bénéficie de la télétransmission des décomptes. En cas de refus, cochez ici :)

ADRESSE :

CODE POSTAL : _____ - VILLE :

EMAIL :

TÉLÉPHONE FIXE : _____ - PORTABLE : _____

COTISATIONS POUR LE RÉGIME GÉNÉRAL EN % PMSS

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

		CHOIX 1				CHOIX 2			CHOIX 3		CHOIX 4
		BASE	OPTION 1 (y compris Base)	OPTION 2 (y compris Base)	OPTION 3 (y compris Base)	OPTION 1 (y compris Base)	OPTION 2 (y compris Base)	OPTION 3 (y compris Base)	OPTION 2 (y compris Base)	OPTION 3 (y compris Base)	OPTION 3 (y compris Base)
STRUCTURE 3	Isolé	1,219% PMSS	+0,763% PMSS	+1,141% PMSS	+1,539% PMSS	1,877% PMSS	+0,324% PMSS	+0,654% PMSS	2,163% PMSS	+0,282% PMSS	2,396% PMSS
	Duo ⁽¹⁾	+0,981% PMSS	+1,359% PMSS	+1,987% PMSS	+2,676% PMSS	+1,495% PMSS	+0,533% PMSS	+1,101% PMSS	+1,681% PMSS	+0,487% PMSS	+1,850% PMSS
	Famille ⁽²⁾	+1,759% PMSS	+1,798% PMSS	+2,534% PMSS	+3,403% PMSS	+2,652% PMSS	+0,617% PMSS	+1,325% PMSS	+2,911% PMSS	+0,613% PMSS	+3,185% PMSS

⁽¹⁾ Duo : Salarié et un ayant droit (conjoint ou enfant)

⁽²⁾ Famille : Salarié et ses ayants droit (conjoint et/ou enfants)

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

SIGNATURE EMPLOYEUR ET CACHET

Fait à :

Le : ____/____/____

SIGNATURE SALARIÉ(E)

Fait à :

Le : ____/____/____

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

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

PME DU CAOUTCHOUC ET DE LA PLASTURGIE



EN CAS DE MODIFICATION DE VOTRE SITUATION,
MERCİ D'UTILISER LE BULLETIN DE CHANGEMENT DE SITUATION.

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

S'il y a modification de garanties facultatives, cela nécessite une demande écrite adressée avant le 31/10 de l'année pour effet au 01/01 de l'année suivante.

A REMPLIR PAR LE SALARIÉ

JE SOUSSIGNÉ(E) MME M. NOM : PRÉNOM :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____

RAISON SOCIALE DE MON ENTREPRISE :

EMAIL :

TÉLÉPHONE FIXE : _____ - PORTABLE : _____

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)

➔ Je complète ma garantie par : Option 1 / Option 2 / Option 3 (Selon le régime obligatoire mis en place par votre employeur).

➔ Je choisis d'affilier mes ayants droit à titre facultatif (gratuité à partir du 3^{ème} 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 / (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			<input type="checkbox"/>	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant 2			<input type="checkbox"/>	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant 3			<input type="checkbox"/>	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant 4			<input type="checkbox"/>	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 18 ans et plus (scolarité, pôle emploi, apprentissage...)

➔ 1 RIB pour les prélèvements, accompagné du mandat 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 remettre à l'employeur ou 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