

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) :

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES
A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR
COMPLÉMENTAIRE : ISOLÉ / 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

Table with 5 columns: COTISATIONS, CHOIX 1, CHOIX 2, CHOIX 3, CHOIX 4. Rows include Base, Option 1, Option 2, Option 3 for Isolé and Famille structures.

(1) 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,
MERCI 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 OBLIGATOIRE DES AYANTS DROIT

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

Nombre de personnes à charge : []

J’ai l’obligation d’affilier :

Mon(ma) conjoint(e) :

[] MME [] M. NOM : PRÉNOM :

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

RÉGIME : [X] GÉNÉRAL / (Mon(ma) conjoint(e) bénéficie de la télétransmission des décomptes. En cas de refus, cochez ici : [])

Mon(mes) enfant(s) :

Chaque ayant droit bénéficiera des mêmes garanties que vous.

Table with 7 columns: NOM, PRÉNOM, SEXE (M/F), DATE DE NAISSANCE, N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (de rattachement, le cas échéant), TÉLÉ TRANSMISSION. Rows for Enfant 1, Enfant 2, Enfant 3, Enfant 4.

AFFILIATION AUX GARANTIES OPTIONNELLES

Si mon employeur a retenu le régime de Base, l’Option 1 ou l’Option 2 je choisis de compléter ma garantie par une des Options, pour moi et si le cas échéant

l’ensemble de mes ayants droit : [] Option 1 [] Option 2 [] Option 3

PIÈCES À JOINDRE À VOTRE BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION
- 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 []