

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

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

Régime Général	BASE (R1)			BASE ET OPTION 1 (R2)		BASE ET OPTION 2 (R3)
	Base (R1) (=régime collectif obligatoire)	Option 1 (R2)	Option 2 (R3)	Base et Option 1 (R2) (base incluse) (=régime collectif obligatoire)	Option 2 (R3)	Base et Option 2 (R3) (base incluse) (=régime collectif obligatoire)
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) (gratuité à partir du 3 ^{ème} enfant)	+0,62%	+0,17%	+0,29%	+0,77%	+0,12%	+0,87%

Régime Local (Alsace-Moselle)	BASE (R1)			BASE ET OPTION 1 (R2)		BASE ET OPTION 2 (R3)
	Base (R1) (=régime collectif obligatoire)	Option 1 (R2)	Option 2 (R3)	Base et Option 1 (R2) (base incluse) (=régime collectif obligatoire)	Option 2 (R3)	Base et Option 2 (R3) (base incluse) (=régime collectif obligatoire)
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) (gratuité à partir du 3 ^{ème} enfant)	+0,40%	+0,12%	+0,22%	+0,50%	+0,10%	+0,59%

Selon le régime collectif obligatoire choisi par l’employeur, les cotisations facultatives pour les options et les ayants droit sont à ajouter à la cotisation de base (en gras dans le tableau-case grisée). Les cotisations seront prélevées mensuellement sur le compte bancaire du salarié en début de mois.

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.

EN CAS DE MODIFICATION DE VOTRE SITUATION,
MERCI DE COMPLÉTER UNIQUEMENT CETTE PAGE.

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 :

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.

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 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