

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION
CCN DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES
INADAPTÉES ET HANDICAPÉES



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

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES
A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

STRUCTURE (CONTRAT EC_ UHA_)

RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE CHOISI PAR L'EMPLOYEUR : Base / Option 1 / Option 2
CATÉGORIE DU RÉGIME APPLICABLE AU SALARIÉ : Ensemble du personnel / Cadres* / Non-Cadres*
RAISON SOCIALE :
N° SIRET :
CORRESPONDANT STRUCTURE / FONCTION :
MME M. NOM : PRÉNOM :
EMAIL :
TÉLÉPHONE FIXE : PORTABLE :

IDENTIFICATION DU SALARIÉ

DATE D'EFFET DE L'AFFILIATION : / / 20 DATE D'ENTRÉE DANS LA STRUCTURE : / /
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

Table with 3 main columns: CHOIX 1, CHOIX 2, CHOIX 3. Rows include Régime Général and Régime Local (Alsace-Moselle) with sub-rows for Salarié, + Conjoint, and + Enfant. Values are percentages ranging from 0.48% to 2.15%.

SIGNATURE EMPLOYEUR ET CACHET SIGNATURE SALARIÉ(E)
Fait à :
Le : / /
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies.

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION
CCN DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES
INADAPTÉES ET HANDICAPÉES



DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

EN CAS DE MODIFICATION DE VOTRE SITUATION,
MERCI D’UTILISER LE BULLETIN DE CHANGEMENT DE SITUATION.

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 MA STRUCTURE :
EMAIL :
TÉLÉPHONE FIXE : PORTABLE :
COMPLÈTE MON AFFILIATION COMME SUIIT :

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 / [] Option 2
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 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 []