

STRUCTURE

RAISON SOCIALE : _____
N° SIRET : _____ - FORME JURIDIQUE : _____ CODE APE : _____
ADRESSE : _____
CODE POSTAL : _____ - VILLE : _____
CORRESPONDANT STRUCTURE / FONCTION : _____
 MME M. NOM : _____ PRÉNOM : _____
EMAIL : _____
TÉLÉPHONE FIXE : _____ - PORTABLE : _____
ADRESSE DE CORRESPONDANCE (SI DIFFÉRENTE DU SIÈGE) : _____
CODE POSTAL : _____ - VILLE : _____

ADHÉSION AU CONTRAT FACULTATIF (SANS CONTRIBUTION EMPLOYEUR)

Je soussigné(e) MME M. NOM : _____ PRÉNOM : _____
agissant en qualité de _____ ayant pouvoir d'engager l'entreprise/l'association
précitée, déclare adhérer au présent contrat, par l'intermédiaire d'Umanens, organisme recommandé.

➔ Mon adhésion au régime prend effet le : ____/____/____

➔ J'autorise Umanens, à proposer à chaque salarié la surcomplémentaire «Renfort Umanens» : Ensemble du personnel / Cadres* / Non-Cadres*
(cochez une seule case) / Effectif affilié : _____

* 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).

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

	RENFORT UMANENS 1	RENFORT UMANENS 2	RENFORT UMANENS 3	RENFORT UMANENS 4
Adulte	15,00€	20,00€	25,00€	30,00€
Enfant	7,50€	10,00€	12,50€	15,00€

La cotisation versée au titre de la garantie ci-dessus, souscrite à titre facultatif est financée dans la totalité par le salarié.

DÉCLARATION DE LA STRUCTURE

- ➔ 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 ou tout autre document opposable justifiant de votre statut juridique

DOCUMENTS À RETOURNER PAR COURRIER À

GESTION BRANCHE UMANENS - TSA 60002 - 75487 PARIS CEDEX 10

SIGNATURE EMPLOYEUR / SIGNATURE DU REPRÉSENTANT ET CACHET

Fait à : _____

Le : ____/____/____

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

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.

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'Herès.

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'Herès.

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 Le Gestionnaire 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 du Gestionnaire.