

**Vous avez quitté votre entreprise pour une raison indépendante de votre volonté (licenciement, invalidité ou départ en retraite), ou vous êtes ayants droit d'un(e) salarié(e) décédé(e).**

Vous pouvez bénéficier dans ce cadre du maintien de la complémentaire santé collective mise en œuvre par l'ancien employeur, en souscrivant à un nouveau contrat facultatif, avec un tarif encadré pour une durée de 36 mois (3 ans). Votre demande doit intervenir au plus tard dans un délai de 6 mois, à compter du départ de l'entreprise ou de la fin de «portabilité», ou à compter de la date du décès de l'ancien salarié.

- ➔ **1<sup>ère</sup> ANNÉE** : (période de 12 mois, à compter de votre adhésion, dans le cadre du délai légal) tarif identique à celui de votre garantie, le jour de votre départ, ou à la date de décès du salarié.
- ➔ **2<sup>ème</sup> ANNÉE** : (du 13<sup>ème</sup> au 24<sup>ème</sup> mois, à compter de votre adhésion) augmentation de votre cotisation de 25%, par rapport au tarif de votre garantie collective, le jour de votre départ, ou à la date de décès du salarié.
- ➔ **3<sup>ème</sup> ANNÉE** : (du 25<sup>ème</sup> au 36<sup>ème</sup> mois, à compter de votre adhésion) augmentation de votre cotisation de 50%, par rapport au tarif de votre garantie collective, le jour de votre départ, ou à la date de décès du salarié.

Aux termes de ces 3 ans, nous étudierons avec vous le produit de complémentaire santé le plus adapté à vos besoins.

## STRUCTURE / ENTREPRISE

RAISON SOCIALE DE L'ANCIEN EMPLOYEUR \* : .....

CODE POSTAL \* : \_\_\_\_\_ - N° SIRET : \_\_\_\_\_ - N° CONTRAT : EC\_UOF\_\_\_\_\_

\* MERCI DE RENSEIGNER AU MOINS LES DEUX CHAMPS CI-DESSUS

## IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT(E)

DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

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 POUR LA 1<sup>ÈRE</sup> ANNÉE

Régime Général	BASE			OPTION 1		OPTION 2
	Base (= régime collectif obligatoire)	Option 1	Option 2	Base et Option 1 (= régime collectif obligatoire)	Option 2	Base et Option 2 (= régime collectif obligatoire)
Salarié	<b>0,94%</b>	+0,64%	+0,86%	<b>1,47%</b>	+0,22%	<b>1,66%</b>
+ Conjoint (facultatif)	+1,08%	+0,73%	+0,99%	+1,69%	+0,26%	+1,91%
+ Enfant (facultatif) Gratuité à partir du 3 <sup>ème</sup> enfant	+0,70%	+0,32%	+0,49%	+0,97%	+0,17%	+1,11%

Régime Local (Alsace-Moselle)	BASE			OPTION 1		OPTION 2
	Base (= régime collectif obligatoire)	Option 1	Option 2	Base et Option 1 (= régime collectif obligatoire)	Option 2	Base et Option 2 (= régime collectif obligatoire)
Salarié	<b>0,42%</b>	+0,64%	+0,86%	<b>0,95%</b>	+0,22%	<b>1,14%</b>
+ Conjoint (facultatif)	+0,48%	+0,73%	+0,99%	+1,09%	+0,26%	+1,31%
+ Enfant (facultatif) Gratuité à partir du 3 <sup>ème</sup> enfant	+0,34%	+0,32%	+0,49%	+0,61%	+0,17%	+0,75%

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-casse grise). La cotisation sera prélevée mensuellement sur votre compte bancaire en début de mois.

Les statuts et la notice d'information sont disponibles auprès de votre employeur. Les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la gestion de votre contrat. Elles peuvent être communiquées aux partenaires de la Mutuelle uniquement aux fins d'exécution des garanties souscrites. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux informations qui vous concernent, droit que vous pouvez exercer auprès de La Mutuelle Familiale 52, rue d'Hauteville, 75487 Paris Cedex 10. Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 784 442 915.

**ADHÉSION AU RÉGIME**

Je sousigné(e), déclare adhérer à titre facultatif dans le cadre de «l'article 4 Loi Evin» au régime souscrit précédemment par l'ancien employeur.

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

Nombre de personnes à charge :

➔ Je complète ma garantie par :  Option 1 /  Option 2

➔ Je choisis d'affilier mes ayants droit (gratuité à partir du 3<sup>ème</sup> 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 :

	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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant 2			<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant 3			<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant 4			<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**PIÈCES À JOINDRE À VOTRE BULLETIN D'ADHÉSION**

**CADRE RÉSERVÉ À LA MUTUELLE**

- ➔ 1 attestation de situation permettant d'ouvrir droit au régime « article 4 loi Evin » (retraite, incapacité/invalidité, chômage, RSA, certificat de décès du salarié).....
- ➔ La photocopie des attestations de droit à l'assurance maladie pour l'ensemble des personnes affiliées .....
- ➔ 1 certificat/attestation pour les enfants de 21 ans et plus (scolarité, pôle emploi, apprentissage...) .....
- ➔ 1 RIB pour les prélèvements, accompagné du mandat SEPA dûment complété .....
- ➔ RIB(s) pour le versement des prestations aux bénéficiaires .....

**Vos pièces ci-dessus ainsi que le présent bulletin d'adhésion sont à envoyer à :  
Gestion Branche Umanens - La Mutuelle Familiale - TSA 60 002 - 75487 Paris Cedex 10**

**SIGNATURE ADHÉRENT(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