# BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

## CCN DE L'ENSEIGNEMENT PRIVÉ INDÉPENDANT

**CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL**

**CODE VENDEUR : 001_00_B / CODE APPORTEUR (N° ORIAS) :** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| R

umanens L'humain a du sens

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

**A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR**

## STRUCTURE

**(CONTRAT EC_ UEI** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **)**

**RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE CHOISI PAR L'EMPLOYEUR :** ☐ **BASE A** / ☐ **OPTION B** / ☐ **OPTION C** / ☐ **OPTION D**

**STRUCTURE DE COTISATION OBLIGATOIRE CHOISIE PAR L'EMPLOYEUR :** ☐ **SALARIE SEUL (ayants droit facultatifs)** / ☐ **FAMILLE OBLIGATOIRE (ayants-droit obligatoires)**

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 : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

* 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 : |__|__|/|__|__|/|2|0|__|__| 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 POUR LE RÉGIME GÉNÉRAL EN % PMSS

A titre indicatif retrouvez les cotisations en équivalent € sur umanens.fr

| % | | CHOIX 1 | | | | CHOIX 2 | | | CHOIX 3 | | CHOIX 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | BASE A Régime obligatoire | OPTION B | OPTION C | OPTION D | OPTION B Régime obligatoire | OPTION C | OPTION D | OPTION C Régime obligatoire | OPTION D | OPTION D Régime obligatoire |
| EMPLOYEUR | Salarié seul | 0,98% | +0,58% | +0,93% | +1,33% | 1,60% | +0,38% | +0,80% | 1,91% | +0,49% | 2,27% |
| SALARIÉ | + Conjoint | +1,08% | +0,64% | +1,01% | +1,46% | +1,76% | +0,42% | +0,88% | +2,10% | +0,54% | +2,49% |
| SALARIÉ | + Enfant (1) | +0,61% | +0,40% | +0,61% | +0,86% | +1,03% | +0,24% | +0,50% | +1,23% | +0,30% | +1,44% |
| SALARIÉ | + Famille (2) | +2,77% | +1,44% | +2,23% | +3,18% | +3,82% | +0,90% | +1,88% | +4,56% | +1,16% | +5,37% |
| | Famille obligatoire | 1,77% | +1,27% | +2,12% | +2,94% | 2,91% | +0,72% | +1,41% | 3,47% | +0,59% | 4,10% |

(1) Enfant : Gratuité à compter du 3ème enfant

(2) Famille : Inclut le conjoint et les enfants. L'employeur prend en charge 50% minimum de la cotisation équivalente au «salarié seul»

(3) Famille obligatoire : Inclut le salarié, les enfants et le conjoint. L'employeur prend en charge 50% minimum de la cotisatoin équivalente à la «Famille obligatoire»

Selon le régime obligatoire mis en place par votre employeur, vous pourrez choisir un niveau de garanties supérieur, **le surplus de cotisation sera entièrement à votre charge.**

Les cotisations pour vos ayants droit sont à ajouter au niveau de garanties choisi, et sont uniquement à votre charge. Les cotisations facultatives seront prélevées mensuellement sur le compte bancaire du salarié en début de mois.

Les statuts et la notice d'information sont disponibles auprès de votre employeur. Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par La Mutuelle Familiale pour la gestion de votre contrat. Elles sont conservées pendant toute la durée de votre affiliation et sont destinées au gestionnaire du contrat. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : La Mutuelle Familiale - 52 rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10. Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : https://conso.bloctel.fr/

# BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

CCN DE L'ENSEIGNEMENT PRIVÉ INDÉPENDANT

umanens L'humain a du sens

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

**A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR**

## COTISATIONS POUR LE RÉGIME LOCAL (ALSACE-MOSELLE) EN % PMSS

A titre indicatif retrouvez les cotisations en équivalent € sur umanens.fr

| % | | CHOIX 1 | | | | CHOIX 2 | | | CHOIX 3 | | CHOIX 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | BASE A Régime obligatoire | OPTION B | OPTION C | OPTION D | OPTION B Régime obligatoire | OPTION C | OPTION D | OPTION C Régime obligatoire | OPTION D | OPTION D Régime obligatoire |
| EMPLOYEUR | Salarié seul | 0,36% | +0,58% | +0,93% | +1,33% | 0,97% | +0,38% | +0,80% | 1,28% | +0,49% | 1,65% |
| SALARIÉ | + Conjoint | +0,40% | +0,64% | +1,01% | +1,46% | +1,05% | +0,42% | +0,88% | +1,39% | +0,54% | +1,81% |
| SALARIÉ | + Enfant [1] | +0,23% | +0,40% | +0,61% | +0,86% | +0,64% | +0,24% | +0,50% | +0,83% | +0,30% | +1,05% |
| SALARIÉ | + Famille [2] | +0,86% | +1,44% | +2,23% | +3,18% | +2,33% | +0,90% | +1,88% | +3,06% | +1,16% | +3,91% |
| | Famille obligatoire | 0,66% | +1,27% | +2,12% | +2,84% | 1,78% | +0,72% | +1,41% | 2,33% | +0,59% | 3,00% |

[1] Enfant : Gratuité à compter du 3ème enfant

[2] Famille : Inclut le conjoint et les enfants. L'employeur prend en charge 50% minimum de la cotisation équivalente au «salarié seul»

[3] Famille obligatoire : Inclut le salarié, les enfants et le conjoint. L'employeur prend en charge 50% minimum de la cotisatoin équivalente à la «Famille obligatoire»

Selon le régime obligatoire mis en place par votre employeur, vous pourrez choisir un niveau de garanties supérieur, **le surplus de cotisation sera entièrement à votre charge.**

Les cotisations pour vos ayants droit sont à ajouter au niveau de garanties choisi, et sont uniquement à votre charge. Les cotisations facultatives seront prélevées mensuellement sur le compte bancaire du salarié en début de mois.

## SIGNATURE EMPLOYEUR ET CACHET

Fait à : .....

Le : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

## SIGNATURE SALARIÉ(E)

Fait à : .....

Le : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

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

Les statuts et la notice d'information sont disponibles auprès de votre employeur. Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par La Mutuelle Familiale pour la gestion de votre contrat. Elles sont conservées pendant toute la durée de votre affiliation et sont destinées au gestionnaire du contrat. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : La Mutuelle Familiale - 52 rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10. Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : https://conso.bloctel.fr/

# BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

CCN DE L'ENSEIGNEMENT PRIVÉ INDÉPENDANT

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

Umanens L'humain a du sens

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

**A REMPLIR PAR LE SALARIÉ**

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.

JE SOUSSIGNÉ(E) ☐ MME ☐ M. NOM : ..... PRÉNOM : .....

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

RAISON SOCIALE DE MA STRUCTURE : .....

EMAIL : .....

TÉLÉPHONE FIXE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| - PORTABLE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

COMPLÈTE MON AFFILIATION COMME SUIT :

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

Nombre de personnes à charge : |__|__|

## AFFILLIATION AUX GARANTIES OPTIONNELLES ET AFFILIATION DES AYANTS DROIT À TITRE FACULTATIF

➡ **Si mon employeur a choisi la structure de cotisation salarié seul, je peux compléter ma garantie par l'ajout de mon conjoint et/ou de mon(mes) enfant(s) ou d'une extension famille, ainsi que l'ajout d'une option facultative.**

En cas d'affiliation à l'une de ces garanties facultatives, la cotisation sera entièrement à votre charge. Chaque ayant droit bénéficiera des mêmes garanties que vous.

➡ **Je choisis de compléter ma garantie par : ☐ Option B / ☐ Option C / ☐ Option D** (selon le choix de votre employeur pour le régime mis en place à titre obligatoire)

➡ **Je choisis de couvrir mes ayants droit à titre facultatif par : ☐ la couverture Conjoint/Enfant ou ☐ l'extension Famille**

➡ **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 : ☐)

➡ **Mon(es) enfant(s) :**

| | NOM | PRÉNOM | SEXE (M/F) | DATE DE NAISSANCE | N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (de rattachement, le cas échéant) | TÉLÉ TRANSMISSION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Enfant 1 | | | |__| | |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| | |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| | ☐ OUI ☐ NON |
| Enfant 2 | | | |__| | |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| | |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| | ☐ OUI ☐ NON |
| Enfant 3 | | | |__| | |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| | |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| | ☐ OUI ☐ NON |
| Enfant 4 | | | |__| | |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| | |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| | ☐ OUI ☐ NON |

## AFFILLIATION OBLIGATOIRE DES AYANTS DROIT

➡ **Si mon employeur a choisi la structure de cotisation Famille obligatoire**,

**mes ayants droit (enfant(s)/conjoint ou assimilé) sont obligatoirement couvert par le régime complémentaire Frais de santé.**

**Chaque ayant droit bénéficiera des mêmes garanties que vous.** L'employeur participe à votre cotisation à hauteur de 50% minimum.

➡ **J'affilie 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 : ☐)

➡ **Mon(es) enfant(s) :**

| | NOM | PRÉNOM | SEXE (M/F) | DATE DE NAISSANCE | N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (de rattachement, le cas échéant) | TÉLÉ TRANSMISSION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Enfant 1 | | | |__| | |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| | |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| | ☐ OUI ☐ NON |
| Enfant 2 | | | |__| | |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| | |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| | ☐ OUI ☐ NON |
| Enfant 3 | | | |__| | |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| | |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| | ☐ OUI ☐ NON |
| Enfant 4 | | | |__| | |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| | |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| | ☐ OUI ☐ NON |

Les statuts et la notice d'information sont disponibles auprès de votre employeur. Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par La Mutuelle Familiale pour la gestion de votre contrat. Elles sont conservées pendant toute la durée de votre affiliation et sont destinées au gestionnaire du contrat. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : La Mutuelle Familiale - 52 rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10. Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : https://conso.bloctel.fr/

# BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

CCN DE L'ENSEIGNEMENT PRIVÉ INDÉPENDANT

Umanens
L'humain a du sens

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

**A REMPLIR PAR LE SALARIÉ**

## PIÈCES À JOINDRE À VOTRE BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

**CADRE RÉSERVÉ À LA MUTUELLE**

- **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 ☐

1807-BIA-PDT-EPI

Les statuts et la notice d'information sont disponibles auprès de votre employeur. Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par La Mutuelle Familiale pour la gestion de votre contrat. Elles sont conservées pendant toute la durée de votre affiliation et sont destinées au gestionnaire du contrat. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : La Mutuelle Familiale - 52 rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10. Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : https://conso.bloctel.fr/