

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

CCN DES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT PRIVÉ SOUS CONTRAT

CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL

CODE VENDEUR : 001_00_B / CODE APPOREUR (N° ORIAS) : _____ R

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

STRUCTURE

(CONTRAT EC_UEP_____)

RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE CHOISI PAR L'EMPLOYEUR : SOCLE / OPTION 1 / OPTION 2 / OPTION 3

STRUCTURE DE COTISATION OBLIGATOIRE CHOISIE PAR L'EMPLOYEUR : SALARIE SEUL / SALARIE AGRICOLE

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 : ____/____/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 POUR LE RÉGIME GÉNÉRAL EN % PMSS

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

%

EMPLOYEUR
SALARIÉ

		CHOIX 1				CHOIX 2			CHOIX 3		CHOIX 4
		SOCLE Régime obligatoire	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 1 Régime obligatoire	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 2 Régime obligatoire	OPTION 3	OPTION 3 Régime obligatoire
SALARIÉ	Salarié seul	1,09%	+0,28%	+0,73%	+0,90%	1,37%	+0,45%	+0,62%	1,82%	+0,17%	1,99%
	+ Conjoint	+1,24%	+0,28%	+0,73%	+0,90%	+1,52%	+0,45%	+0,62%	+1,97%	+0,17%	+2,14%
	+ Enfant ⁽¹⁾	+0,60%	+0,15%	+0,40%	+0,50%	+0,75%	+0,25%	+0,35%	+1,00%	+0,10%	+1,10%
	Salarié Agricole	1,01%	+0,26%	+0,68%	+0,84%	1,27%	+0,42%	+0,58%	1,69%	+0,16%	1,85%

⁽¹⁾ Enfant : Gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

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.

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
		SOCLE Régime obligatoire	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 1 Régime obligatoire	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 2 Régime obligatoire	OPTION 3	OPTION 3 Régime obligatoire
EMPLOYEUR	SALARIÉ										
	Salariné seul	0,65%	+0,28%	+0,73%	+0,90%	0,93%	+0,45%	+0,62%	1,38%	+0,17%	1,55%
	+ Conjoint	+0,74%	+0,28%	+0,73%	+0,90%	+1,02%	+0,45%	+0,62%	+1,47%	+0,17%	+1,64%
	+ Enfant ⁽¹⁾	+0,36%	+0,40%	+0,40%	+0,50%	+0,51%	+0,25%	+0,35%	+0,76%	+0,10%	+0,86%
	Salariné Agricole	0,63%	+0,15%	+0,68%	+0,84%	0,89%	+0,42%	+0,58%	1,31%	+0,16%	1,47%

⁽¹⁾ Enfant : Gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

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.

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

CCN DES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT PRIVÉ SOUS CONTRAT

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

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 : _____

AFFILIATION AUX GARANTIES OPTIONNELLES ET AFFILIATION DES AYANTS DROIT

➔ 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 1 / Option 2 / Option 3 (selon le choix de votre employeur pour le régime mis en place à titre obligatoire)

➔ Je choisis d'affilier mes ayants droit à titre facultatif : Oui / Non

➔ 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			<input type="checkbox"/>	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant 2			<input type="checkbox"/>	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant 3			<input type="checkbox"/>	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant 4			<input type="checkbox"/>	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

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 21 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