

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION
CCN DES ORGANISMES DE FORMATION



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_ UOF)

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

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



Table with 3 main sections: CHOIX 1, CHOIX 2, CHOIX 3. Each section contains a table of cotization rates for different levels (Niveau 1, 2, 3) and options (OPTION 1, 2) for Régime Général and Régime Local (Alsace-Moselle).

(1) Enfant : Gratuité à compter du 3ème enfant
Le niveau de garantie souscrit à titre obligatoire, est financé à hauteur de 50% minimum par votre employeur. Vous pourrez choisir une option (option 1 ou 2) pour améliorer le niveau de garantie (niveau 1, 2 ou 3) choisi par votre employeur. 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.

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 ORGANISMES DE FORMATION



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

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

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 SUIT :

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 to Enfant 4.

Afin d’améliorer vos remboursements pour vous-même et vos ayants droit, Umanens met à votre disposition une surcomplémentaire «Renfort Umanens».
Retrouvez toutes les informations sur https://www.umanens.fr/salarie/surcomplementaire-sante-umanens

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 21 ans et plus (scolarité, pôle emploi, apprentissage...)
- Justificatif d’identité avec photo en cours de validité*
- 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.

*Justificatif d’identité (carte nationale d’identité, titre de séjour, passeport, permis de conduire) de l’adhérent du contrat, de la personne réglant les cotisations si celle-ci est différente de l’adhérent ainsi que des ayants droit.

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 []