BULLETIN D'ADHÉSION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
CCN COMMERCE DE DÉTAIL DE L'HORLOGERIE BIJOUTERIE

CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL

CODE VENDEUR : 0 0 1 | 0 0 B / CODE APPORTEUR (N° ORIAS) : _____ R

Umanens L'humain a du sens

ENTREPRISE

RAISON SOCIALE : .....

N° SIRET : _____ - FORME JURIDIQUE : ..... CODE APE : _____

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : _____ - VILLE : .....

CORRESPONDANT ENTREPRISE / FONCTION : .....

☐ MME ☐ M. NOM : ..... PRÉNOM : .....

EMAIL : .....

TÉLÉPHONE FIXE : _____ - PORTABLE : _____

ADRESSE DE CORRESPONDANCE (SI DIFFÉRENTE DU SIÈGE) : .....

.....

CODE POSTAL : _____ - VILLE : .....

ADHÉSION AU CONTRAT

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 :** __ / __ / 2 0 __
- **J'affilie :** ☐ Ensemble du personnel / ☐ Cadres* / ☐ Non-Cadres* (cochez une seule case) / Effectif affilié : ___
- **Je choisis, à titre collectif et obligatoire**, la formule suivante : ☐ Base / ☐ Base intermédiaire / ☐ Base améliorée
- **Je m'engage à acquitter les cotisations mensuelles :** ☐ Par prélèvement / ☐ Par virement / ☐ Par chèque / ☐ Par chèque emploi-associatif
- **J'atteste :** ☐ Relever de la CCN du Commerce de détail de l'horlogerie/bijouterie (IDCC 1487)
  ☐ Appliquer volontairement la CCN du Commerce de détail de l'horlogerie/bijouterie, précisez le code IDCC d'origine : _____

* 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).

- En complément du régime collectif et obligatoire mise en œuvre pour votre structure, les salariés peuvent s'affilier à la surcomplémentaire facultative «Renfort Umanens » (intégralement à leur charge, sans contribution employeur) afin d'améliorer leurs garanties frais de santé, pour eux-mêmes et leurs ayants droit.

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

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

	COTISATIONS	BASE	BASE INTERMÉDIAIRE (y compris Base)	BASE AMÉLIORÉE (y compris Base)
Salarié	Régime Général	25,60 €	43,50 €	57,41 €
	Régime Local (Alsace-Moselle)	10,95 €	21,33 €	34,26 €

La cotisation versée au titre de la garantie ci-dessus, souscrite à titre obligatoire, est financée à hauteur de 50% minimum par l'employeur.

DÉCLARATION DE L'ENTREPRISE

- Je déclare avoir pris connaissance des Conditions Générales du régime Frais de santé mis en place par la CCN Commerce de détail de l'horlogerie bijouterie.
- 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 au présent Bulletin d'adhésion :

- Un extrait K-Bis de moins de 3 mois ou tout autre document opposable justifiant de votre statut juridique **et**
- Pour les entreprises souhaitant un prélèvement automatique, un mandat SEPA dûment complété.

DOCUMENTS À RETOURNER PAR COURRIER À

Gestion Branche Umanens - TSA 60 002 - 75487 Paris Cedex 10.
A réception, un certificat d'adhésion valant acceptation du contrat, vous sera adressé.

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

Votre contrat est rattaché à :

RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES : VOIR PAGE ANNEXE

Document contractuel - 1901-BAD-CCN-UBH

DEMANDE D'ADHÉSION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ANNEXE

MENTIONS LÉGALES ET RGPD

INFORMATION SUR VOTRE MUTUELLE

Les organismes assureurs

Contrat coassuré par les membres de l'UGM 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'Heres.

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'Heres.

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 Gerep 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 de la Mutuelle, soit par courrier postal en écrivant à La Mutuelle Familiale – Délégué à la Protection des Données - 52 rue d'Hauteville 75010 PARIS, soit par courrier électronique à donneespersonnelles@mutuelle-familiale.fr ».