BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION
CCN ASSAINISSEMENT ET MAINTENANCE INDUSTRIELLE

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

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

ENTREPRISE (CONTRAT EC_UAM)

RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE CHOISI PAR L'EMPLOYEUR : ☐ Base conventionnelle / ☐ Option 1

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 : _____

*La catégorie « Cadres » relève des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.

**La catégorie « Non Cadres » ne relève pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des non cadres.

IDENTIFICATION DU SALARIÉ

DATE D'EFFET DE L'AFFILIATION : __/__/20__ DATE D'ENTRÉE DANS L'ENTREPRISE : __/__/____

☐ 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

		CHOIX 1		CHOIX 2
		BASE CONVENTIONNELLE	OPTION 1	OPTION 1 (y compris Base)
Régime Général	Adulte	0,89% PMSS	+0,79% PMSS	1,68% PMSS
	Adulte	+0,89% PMSS	+0,79% PMSS	+1,68% PMSS
	Enfant*	+0,56% PMSS	+0,44% PMSS	+1,00% PMSS
Régime Local (Alsace-Moselle)	Adulte	0,34% PMSS	+0,77% PMSS	1,11% PMSS
	Adulte	+0,34% PMSS	+0,77% PMSS	+1,11% PMSS
	Enfant*	+0,20% PMSS	+0,44% PMSS	+0,64% PMSS

*Gratuité à partir du 3ème enfant

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

SIGNATURE EMPLOYEUR / SIGNATURE DU REPRÉSENTANT ET CACHET

Fait à : .....

Le : __/__/____

SIGNATURE SALARIÉ(E)

Fait à : .....

Le : __/__/____

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

RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES : VOIR PAGE ANNEXE

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION
CCN ASSAINISSEMENT ET MAINTENANCE INDUSTRIELLE

Umanens
L'humain a du sens

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

A REMPLIR PAR LE SALARIÉ

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

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 MON ENTREPRISE : .....

COMPLÈTE MON AFFILIATION COMME SUIT :

AFFILIATION À LA GARANTIE OPTIONNELLE ET AFFILIATION DES AYANTS DROIT

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

En cas d'affiliation à la garantie optionnelle et de couverture de vos ayants droit, la cotisation sera entièrement à votre charge.

➡ **Je complète ma garantie par** : ☐ **Option 1** (seulement si le régime obligatoire mis en place par votre employeur est la Base conventionnelle).

➡ **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 :**

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

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

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 plus de 19 ans (scolarité, pôle emploi, apprentissage...)** ..... ☐
- **Justificatif d'identité avec photo en cours de validité*** ..... ☐
- **1 RIB pour les prélèvements, accompagné du mandat de prélèvement 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 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 ☐

Exemplaire réservé à la mutuelle

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION
ANNEXE

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

MENTIONS LÉGALES ET RGPD

VOTRE MUTUELLE

Les organismes assureurs

Contrat assuré par les membres de l'UGM Umanens, Mutuelles soumises aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité (affectation de la mutuelle assureur selon les conventions de l'UGM) :

LA MUTUELLE FAMILIALE, SIREN 784 442 915, 52, rue d'Hauteville - 75487 PARIS CEDEX 10 ; **MUTUALIA GRAND OUEST (MGO),** SIREN 401 285 309, Parc d'activité de Laroiseau, 4 rue Anita Conti - 56008 VANNES Cedex ; **MUTUALIA ALLIANCE SANTE (MAS)** SIREN 403 596 265, 14 rue des Rosati 62000 ARRAS ; **MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES (MTS)** SIREN 449 571 256, 9 rue Cornélie Gemond 38000 GRENOBLE.

Les organismes distributeurs

Umanens, Mutuelles soumises aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité :

LA MUTUELLE FAMILIALE, SIREN 784 442 915, 52, rue d'Hauteville - 75487 PARIS CEDEX 10 ; **MUTUALIA GRAND OUEST (MGO),** SIREN 401 285 309, Parc d'activité de Laroiseau, 4 rue Anita Conti - 56008 VANNES Cedex ; **MUTUALIA ALLIANCE SANTE (MAS)** SIREN 403 596 265, 14 rue des Rosati 62000 ARRAS ; **MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES (MTS)** SIREN 449 571 256, 9 rue Cornélie Gemond 38000 GRENOBLE.

VOTRE 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, soit par courriel à reclamations@umanens.fr, soit par voie postale à l'attention du Service Réclamations UMANENS LA MUTUELLE FAMILIALE - 52, rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10.

RGPD

Règlement Général sur la Protection des Données

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 s'applique aux réponses faites au présent formulaire.

Finalités du traitement

La collecte, l'enregistrement et le traitement de vos données personnelles via le présent bulletin d'adhésion a pour but d'assurer la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance auprès du délégataire de gestion du présent contrat. Les réponses renseignées présentent un caractère obligatoire. A défaut, la Mutuelle ne sera pas en mesure d'assurer l'enregistrement et la gestion de votre adhésion.

Elles pourront également être utilisées pour 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.

Bases légales du traitement

La collecte et le traitement de vos données est nécessaire à l'exécution de votre contrat et au respect de ses obligations légales par la Mutuelle en matière de lutte contre le blanchiment et fraude.

Données et catégories de personnes concernées

Les données collectées concernent ainsi celles des adhérents de la Mutuelle et leurs ayant-droits.
Elles portent sur leur état civil, leur NIR, leur RIB ou tout autre document nécessaire à la gestion et l'exécution du contrat, notamment :

- Les données relatives à l'identification des parties (état civil, pièces d'identité, coordonnées etc.) ;
- Les données relatives à la situation familiale des parties ou intéressés au contrat et nécessaires à son application ;
- Les données relatives à la situation professionnelle des parties ou intéressés au contrat et nécessaires à son application (CSP, domaine d'activité, convention collective etc.).
- Les données nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des prestations liées au contrat (numéro d'identification de l'adhérent, autorisation de prélèvement, remboursements complémentaires sécurité sociale etc...).

Umanens
L'humain a du sens
DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES
Mutuelle Familiale
ma complémentaire de vie®

MENTIONS LÉGALES ET RGPD

Destinataires
Ces données sont destinées aux services de la Mutuelle et peuvent être transmises à ses partenaires prenant part à l'exécution de vos garanties.

Durée de conservation
Ces données sont conservées le temps nécessaire à l'exécution de votre contrat d'assurance et conformément aux délais de prescription en vigueur.

Droits des personnes concernées
Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou leur limitation. Vous disposez également d'un droit d'opposition au traitement de vos données et droit à leur portabilité (cf. CNIL pour plus d'informations sur vos droits).

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous devez fournir vos nom, prénom, n° adhérent ainsi qu'une copie d'une pièce d'identité et contacter notre délégué à la protection des données (DPO). 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 - 75487 PARIS CEDEX 10, soit par courrier électronique à donneespersonnelles@mutuelle-familiale.fr.

Si vous n'êtes pas satisfait de vos échanges avec la Mutuelle, vous avez la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à l'adresse suivante :
CNIL – 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex 07.

DROIT DE RENONCIATION

Adhésion à distance
Toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet.
Dans ce cadre, l'application des garanties ne pourra pas être demandée avant écoulement du délai précédent, sauf demande d'exécution anticipée, en cochant la case ci-contre : ☐. je sollicite l'exécution anticipée de mes garanties à compter de la date portée au présent bulletin ou dès sa réception si cette date est postérieure.

Démarchage
Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités (article L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité).

Modalités
La renonciation doit être faite par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante : La Mutuelle Familiale – 52, rue d'Hauteville - 75487 PARIS CEDEX 10, selon le modèle ci-après : « Par le présent envoi recommandé avec avis de réception, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse, n° adhérent], déclare renoncer à mon adhésion au contrat [référence de la garantie], souscrit le [date] à [lieu]. Date et signature ».

Conséquences
L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de l'envoi recommandé. Le membre participant demeure néanmoins tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru. Ce montant proratisé est déterminé en jours calendaires.
Le droit de renonciation ne peut plus être exercé lorsque le membre participant demande l'exécution anticipée de ses garanties en cas d'adhésion à distance, ou lorsque sa garantie est mise en œuvre en connaissance de cause par lui-même et ses ayants droit, en cas de démarchage.