BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION
CCN DES ACTEURS DU LIEN SOCIAL ET FAMILIAL

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_ USF|__|__|__|__|__|__|)

RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE CHOISI PAR L'EMPLOYEUR : ☐ **Alternative 1 (Base)** / ☐ **Alternative 2 (Base + Option 1) 1** / ☐ **Alternative 3 (Base + Option 2)**

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 EN % PMSS

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

%		ALTERNATIVE 1			ALTERNATIVE 2		ALTERNATIVE 3
		BASE Régime obligatoire	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 1 Régime obligatoire	OPTION 2	OPTION 2 Régime obligatoire
Régime Général	Salarié (1)	1,47%	+0,32%	+0,69%	1,75%	+0,37%	2,07%
	+ Conjoint (facultatif)	+1,47%	+0,32%	+0,69%	+1,75%	+0,37%	+2,07%
	+ Enfant (2) (facultatif)	+0,66%	+0,15%	+0,30%	+0,79%	+0,15%	+0,92%
Régime Local (Alsace-Moselle)	Salarié (1)	0,99%	+0,32%	+0,69%	1,36%	+0,37%	1,59%
	+ Conjoint (facultatif)	+0,99%	+0,32%	+0,69%	+1,45%	+0,37%	+1,59%
	+ Enfant (2) (facultatif)	+0,44%	+0,15%	+0,30%	+0,67%	+0,15%	0,70%

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 votre ayant droit sont à ajouter au niveau de garanties choisi, et uniquement à votre charge.

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

(2) La cotisation versée au titre de la garantie ci-dessus, souscrite à titre facultatif, est financée par l'employeur à hauteur de 25% (pour les 2 premiers enfants inscrits), gratuité à partir du 3ème enfant et prélevée sur votre salaire par votre employeur.

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 personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la gestion de votre contrat. Elles peuvent être communiquées aux partenaires de la Mutuelle uniquement aux fins d'exécution des garanties souscrites. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux informations qui vous concernent, droit que vous pouvez exercer auprès du délégataire de gestion, La Mutuelle Familiale 52, rue d'Hauteville, 75487 Paris Cedex 10. Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 784 442 915.

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

CCN DES ACTEURS DU LIEN SOCIAL ET FAMILIAL

Umanens L'humain a du sens

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

EN CAS DE MODIFICATION DE VOTRE SITUATION, MERCI 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 :

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 :**

	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

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 16 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 ☐

Les statuts et la notice d'information sont disponibles auprès de votre employeur. Les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la gestion de votre contrat. Elles peuvent être communiquées aux partenaires de la Mutuelle uniquement aux fins d'exécution des garanties souscrites. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux informations qui vous concernent, droit que vous pouvez exercer auprès du délégataire de gestion, La Mutuelle Familiale 52, rue d'Hauteville, 75487 Paris Cedex 10. Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 784 442 915.