

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 SURCOMPLEMENTAIRE (SANS CONTRIBUTION FINANCIERE EMPLOYEUR)

Je soussigné(e) MME M. NOM : PRÉNOM :
agissant en qualité de ayant pouvoir d'engager l'entreprise précitée,
déclare adhérer au présent contrat, établi par Umanens.

Mon adhésion au régime prend effet le : / /
J'affilie : l'Ensemble du personnel Effectif affilié :
La Sur complémentaire BIEN ÊTRE est accessible pour tous les socles (régime obligatoire de l'entreprise) / la Sur complémentaire BIEN ÊTRE + n'est disponible que pour les salariés couverts par l'Option 3 - socle, uniquement.

Cette adhésion vaut pour ma structure 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

Table with 6 columns: COTISATIONS, BASE (SOCLE), OPTION 1 (SOCLE), OPTION 2 (SOCLE), and two columns under OPTION 3 (SOCLE). Rows include Adulte and Enfant with Régime Général and Régime Local (A/M).

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 LA STRUCTURE

- Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales du présent régime frais de santé.
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 à la présente demande d'adhésion :
Un extrait K-Bis de moins de 3 mois ou 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.

SIGNATURE EMPLOYEUR / SIGNATURE DU REPRÉSENTANT ET CACHET

Fait à :
Le : / /
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies
A réception de la présente demande, les conditions particulières du contrat vous seront adressées.
Pour recevoir des offres des membres d'Umanens, cochez la case

CACHET DISTRIBUTEUR

Blank box for distributor stamp.

INFORMATION SUR 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):

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 le gestionnaire 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 ».