

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION
RÉGIME FRAIS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE SNCP

CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL
CODE VENDEUR : / CODE APORTEUR (N° ORIAS) :

ENTREPRISE (CONTRAT)

RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE CHOISI PAR L’EMPLOYEUR : Confort / Sérénité / Premium

- STRUCTURE DE COTISATION :
• avec ayants droit obligatoires (conjoint/enfants) : 1. Isolé */ Famille ** / 2. Uniforme***
• avec ayants droit facultatifs (conjoint/enfants) : 3. Isolé **** (Duo/Famille)

CATÉGORIE DU RÉGIME APPLICABLE AU SALARIÉ : Ensemble du personnel / Cadres¹ / Non-Cadres¹

RAISON SOCIALE :

N° SIRET :

CORRESPONDANT ENTREPRISE / FONCTION :

MME M. NOM : PRÉNOM :

EMAIL :

TÉLÉPHONE FIXE : - PORTABLE :

(*) Isolé : salarié seul - (**) Famille : Inclut le salarié et un ayant droit ou plus - (***) Uniforme : Cotisation identique quelque soit la structure familiale des salariés - (****) Isolé : Seul le salarié est couvert à titre obligatoire, les ayants droit peuvent être couverts à titre facultatif (Duo/Famille)

¹ 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 L’ENTREPRISE : / /

MME M. NOM : NOM JEUNE FILLE : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / / - NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

LE SALARIÉ RELÈVE DU : Régime général / Régime local ALSACE MOSELLE (Il bénéficiera, lors de l’affiliation, de la télétransmission avec la Sécurité Sociale, afin de faciliter le remboursement de ses frais de santé. En cas de refus, veuillez cocher ici :)

ADRESSE :

CODE POSTAL : - VILLE :

EMAIL :

TÉLÉPHONE FIXE : - PORTABLE :

COTISATIONS EN % PMSS - RÉGIME GÉNÉRAL

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

Table with 7 columns: Régime général (Ayants Droit obligatoires, Ayants Droit facultatifs), Structure (1, 2, 3), Type (Isolé, Famille, Duo, Uniforme), Confort (socle, Option Sérénité, Option Premium), Sérénité (socle, Option Premium), Premium (socle). Rows show percentage values for each combination.

L’employeur prend en charge 50% minimum de la cotisation.
(*) Isolé : salarié seul
(**) Famille : Inclut le salarié et un ayant droit ou plus
(***) Uniforme : Cotisation identique quelque soit la structure familiale des salariés.
(****) Isolé : Seul le salarié est couvert à titre obligatoire, les ayants droit peuvent être couverts à titre facultatif (Duo/Famille)
Les couvertures facultatives (ayants droits, options) sont à la seule charge du salarié.
La souscription donnera lieu à perception d’une commission d’intermédiation reversée au Cabinet Mutuaconseil, courtier conseil du SNCP

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION
RÉGIME FRAIS DE SANTÉ COMPLEMENTAIRE SNCP



CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL
CODE VENDEUR : / CODE APORTEUR (N° ORIAS) :

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES
A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

COTISATIONS EN % PMSS - RÉGIME LOCAL

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

COTISATIONS

Table with 6 main columns: Régime local, Confort (régime obligatoire), Sérénité (régime obligatoire), and Premium (régime obligatoire). It details various insurance options and their corresponding percentages for different family structures.

L'employeur prend en charge 50% minimum de la cotisation.
(*) Isolé : salarié seul
(**) Famille : Inclut le salarié et un ayant droit ou plus
(***) Uniforme : Cotisation identique quelque soit la structure familiale des salariés.
(****) Isolé : Seul le salarié est couvert à titre obligatoire, les ayants droit peuvent être couverts à titre facultatif (Duo/Famille)
Les couvertures facultatives (ayants droits, options) sont à la seule charge du salarié.
La souscription donnera lieu à perception d'une commission d'intermédiation reversée au Cabinet Mutuaconseil, courtier conseil du SNCP

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
RÉGIME FRAIS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE SNCP



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

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES
A REMPLIR PAR LE SALARIÉ

S’il y a modification de la garantie facultative, celle-ci ne pourra prendre effet qu’après validation par le gestionnaire et selon les modalités précisées aux Conditions Générales et dans la Notice d’Information.

JE SOUSSIGNÉ(E) [] MME [] M. NOM : PRÉNOM :
NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :
RAISON SOCIALE DE MON ENTREPRISE :
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)
Je complète ma garantie par : [] Option Sérénité / [] Option Premium (Selon le régime obligatoire mis en place par l’employeur).
J’affilie à titre obligatoire mes ayants droits (conjoint/enfants) : Structure 1 (Isolé/Famille) ou 2 (Uniforme).
Je choisis d’affilier mes ayants droit à titre facultatif (gratuité à partir du 3ème enfant) : Structure 3 [] 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 :
LE CONJOINT RELÈVE DU : [] RÉGIME GÉNÉRAL / [] RÉGIME LOCAL ALSACE MOSELLE (Il bénéficiera, lors de l’affiliation, de la télétransmission avec la Sécurité Sociale, afin de faciliter le remboursement de ses frais de santé. En cas de refus, veuillez cocher 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, Enfant 2, Enfant 3, Enfant 4.

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 18 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 :
UMANENS - RÉGIME FRAIS DE SANTÉ SNCP - 40 BOULEVARD RICHARD LENOIR - 75011 PARIS

*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

MENTIONS LÉGALES ET RGPD

INFORMATION SUR VOTRE MUTUELLE

Les organismes assureurs

Contrat coassuré par les membres d’Umanens, Union de Groupe Mutualiste (UGM) soumise aux dispositions du Livre I du Code de la Mutualité, SIREN 800 533 499, 40 boulevard Richard Lenoir - 75011 PARIS, composée de :
IDENTITÉS MUTUELLE, SIREN 379 655 541, 24 boulevard de Courcelles - 75017 PARIS ;
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.
LA MUTUELLE FAMILIALE, SIREN 784 442 915, 52 rue d’Hauteville - 75010 PARIS ;
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.
MUTUALIA GRAND OUEST (MGO), SIREN 401 285 309, Parc d’activité de Laroiseau, 6 rue Anita Conti - 56008 VANNES Cedex ;
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.
MUTUALIA ALLIANCE SANTE (MAS), SIREN 403 596 265, 1 rue André Gatoux - 62024 ARRAS Cedex ;
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.
MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES (MTS), SIREN 449 571 256, 75 avenue Gabriel Péri - 38400 Saint Martin d’Hères ;
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

Les organismes distributeurs

Mutuaconseil Société de courtage en assurance :

SAS au capital de 4 000 €, 176 avenue Charles de Gaulle - 92522 Neuilly sur Seine Cedex - RCS Nanterre 820 528 677 garantie financière à hauteur de 115 000 € RC Pro de 5 000 000 € - Mutuaconseil est soumis au contrôle de l’ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Taitbout 75436 cedex 09.
En cas de réclamation client : Mutuaconseil Service réclamation - 176 avenue Charles de Gaulle, 92522 Neuilly sur Seine Cedex ou reclamation@mutuaconseil.fr

Les mutuelles 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’Hères.

INFORMATION SUR VOTRE GESTIONNAIRE

Le Gestionnaire :

Gerep, Société indépendante de courtage en assurance - 4 rue de Vienne 75008 Paris - SAS ou capital de 101 120€.
- RCS Paris B 351 299 862.
Immatriculé à l’ORIAS sous le n° 07 000 294 (www.orias.fr) Gerep est soumis au contrôle de l’ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Taitbout 75436 cedex 09.
En cas de réclamation client :
GEREP - Service réclamation - CS 4000 I, 4 rue de Vienne, 75378 Paris cedex 08 ou reclamation@gerep.fr - Les réclamations sont traitées dans un délai de 2 mois.

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°2016679, 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 gestionnaire, soit par courrier postal en écrivant à :
Gerep 4 rue de Vienne, 75378 Paris cedex 08».