BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION
PME DU CAOUTCHOUC ET DE LA PLASTURGIE

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

COMPLÉMENTAIRE : ISOLÉ / FAMILLE

ENTREPRISE (CONTRAT EC_ UPL|__|__|__|__|__|__|)

RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE CHOISI PAR L'EMPLOYEUR : ☐ Base / ☐ Option 1 / ☐ Option 2 / ☐ Option 3

CATÉGORIE DU RÉGIME APPLICABLE AU SALARIÉ : ☐ Ensemble du personnel / ☐ Cadres* / ☐ Non-Cadres*

RAISON SOCIALE : .....

N° SIRET : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CORRESPONDANT ENTREPRISE / 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 L'ENTREPRISE : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

☐ MME ☐ M. NOM : ..... NOM JEUNE FILLE : ..... PRÉNOM : .....

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

RÉGIME : ☒ LOCALE (ALSACE-MOSELLE) / (Je bénéficie de la télétransmission des décomptes. En cas de refus, cochez ici : ☐)

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : |__|__|__|__|__| - VILLE : .....

EMAIL : .....

TÉLÉPHONE FIXE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| - PORTABLE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

COTISATIONS POUR LE RÉGIME LOCAL (ALSACE-MOSELLE) EN % PMSS

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

% COTISATIONS		CHOIX 1				CHOIX 2			CHOIX 3		CHOIX 4
		BASE	OPTION 1 (y compris Base)	OPTION 2 (y compris Base)	OPTION 3 (y compris Base)	OPTION 1 (y compris Base)	OPTION 2 (y compris Base)	OPTION 3 (y compris Base)	OPTION 2 (y compris Base)	OPTION 3 (y compris Base)	OPTION 3 (y compris Base)
STRUCTURE 1	Isolé	0,500% PMSS	+0,824% PMSS	+1,218% PMSS	+1,622% PMSS	1,199% PMSS	+0,336% PMSS	+0,667% PMSS	1,491% PMSS	+0,282% PMSS	1,720% PMSS
	Famille[1]	1,074% PMSS	+1,710% PMSS	+2,411% PMSS	+3,217% PMSS	2,523% PMSS	+0,587% PMSS	+1,241% PMSS	3,034% PMSS	+0,564% PMSS	3,492% PMSS

[1] Famille : Salarié et ses ayants droit (conjoint et/ou enfants)
Selon le régime obligatoire mis en place par votre employeur, vous pourrez choisir un niveau de garantie supérieur, **le surplus de cotisation sera entièrement à votre charge.**
Les cotisations pour vos ayants droit sont à ajouter au niveau de garantie choisi, et sont uniquement à votre charge.

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 recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par La Mutuelle Familiale pour la gestion de votre contrat. Elles sont conservées pendant toute la durée de votre affiliation et sont destinées au gestionnaire du contrat. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : La Mutuelle Familiale - 52 rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10. Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : https://conso.bloctel.fr/

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION
PME DU CAOUTCHOUC ET DE LA PLASTURGIE

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

Umanens L'humain a du sens

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

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.

A REMPLIR PAR LE SALARIÉ

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 OBLIGATOIRE DES AYANTS DROIT

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

Nombre de personnes à charge : |__|__|

J'ai l'obligation d'affilier :

➡ **Mon(ma) conjoint(e) :**

☐ MME ☐ M. NOM : ..... PRÉNOM : .....

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

RÉGIME : ☒ LOCAL (ALSACE-MOSELLE) / (Mon(ma) conjoint(e) bénéficie de la télétransmission des décomptes. En cas de refus, cochez ici : ☐)

➡ **Mon(mes) enfant(s) :**

Chaque ayant droit bénéficiera des mêmes garanties que vous.

	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

AFFILLIATION AUX GARANTIES OPTIONNELLES

Si mon employeur a retenu le régime de Base, l'Option 1 ou l'Option 2 je choisis de compléter ma garantie par une des Options, pour moi et si le cas échant l'ensemble de mes ayants droit : ☐ Option 1 ☐ Option 2 ☐ Option 3

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...)** ..... ☐
- **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 recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par La Mutuelle Familiale pour la gestion de votre contrat. Elles sont conservées pendant toute la durée de votre affiliation et sont destinées au gestionnaire du contrat. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : La Mutuelle Familiale - 52 rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10. Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : https://conso.bloctel.fr/