

# DEMANDE DE SOUSCRIPTION

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ SURCOMPLÉMENTAIRE SNCP

**umanens**  
L'humain a du sens

CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL

CODE VENDEUR : \_\_\_\_\_ B



## ENTREPRISE

(CONTRAT \_\_\_\_\_)

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

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, organisme labellisé.

➔ **Mon adhésion au régime prend effet le :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

➔ **J'affilie :**  Ensemble du personnel /  Cadres<sup>1</sup> /  Non-Cadres<sup>1</sup> (cochez une seule case) / Effectif affilié : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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).

Cette adhésion vaut pour mon entreprise et ses établissements présents et futurs. J'affilie l'ensemble des salariés du collège ci-avant déterminé.

## COTISATIONS EN % PMSS

	CHOIX 1	CHOIX 2	CHOIX 3	
	Confort (Socle)	Sérénité (Socle)	Premium (Socle)	
Régime Général et Régime Local (A/M)	Sur complémentaire Excellence	Sur complémentaire Excellence	Sur complémentaire Excellence	Sur complémentaire Optimum
Adulte	+0,444%	+0,444%	+0,444%	+0,856%
Enfant	+0,389%	+0,389%	+0,389%	+0,389%

Les cotisations sont entièrement à la charge du salarié qui choisit de souscrire à la garantie.

La souscription donnera lieu à perception d'une commission d'intermédiation reversée au Cabinet Mutuaconseil, courtier conseil du SNCP

## DOCUMENTS À RETOURNER PAR COURRIER À

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

### SIGNATURE EMPLOYEUR / SIGNATURE DU REPRÉSENTANT ET CACHET

Fait à : .....

Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

### CACHET DISTRIBUTEUR

Votre contrat est rattaché à :

#### 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'Herès ; 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](mailto: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'Herès.

#### VOTRE GESTIONNAIRE

##### Le Gestionnaire :

Gerep, Société indépendante de courtage en assurance - 4 rue de Vienne - 75008 Paris - SAS au capital de 101 120€ - RCS Paris B 351 299 862. Immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 000 294 ([www.orias.fr](http://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](mailto:reclamation@gerep.fr) - Les réclamations sont traitées dans un délai de 2 mois.

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

## **RATIOS FRAIS DE GESTION & PRESTATION SUR COTISATION**

### **RATIO FRAIS DE GESTION**

Le ratio des frais de gestion d'UMANENS est de : 12 % au titre de l'année 2019.

« Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. »

« Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles. »

### **RATIO PRESTATION SUR COTISATION**

Le ratio prestation sur cotisation d'UMANENS est de : 88 % au titre de l'année 2019.

« Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties. »

## **RÉSILIATION INFRA ANNUELLE**

Votre adhésion est renouvelable chaque année par tacite reconduction.

Vous pouvez, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de la première année d'adhésion, résilier sans frais ni pénalité.

La résiliation prendra effet un mois après la réception de votre demande par UMANENS.