

ENTREPRISE / ASSOCIATION

RAISON SOCIALE :

N° SIRET : - N° CONTRAT :

MERCI DE RENSEIGNER AU MOINS UN DES CHAMPS CI-DESSUS.

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT(E)

DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION :/...../ **20**.....

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

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

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 : - PORTABLE :

ADHÉSION AU RÉGIME

➡ Je choisis d'adhérer, à titre individuel, au régime « article 4 loi Evin » de la CCN Animation : ☐ Base / ☐ Option 1 / ☐ Option 2

➡ Je choisis d'affilier mes ayants droit au régime (gratuité à partir du 3^{ème} 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)
Enfant 1			☐	/...../.....	
Enfant 2			☐	/...../.....	
Enfant 3			☐	/...../.....	
Enfant 4			☐	/...../.....	
Enfant 5			☐	/...../.....	

Mes enfants bénéficient de la télétransmission des décomptes. En cas de refus, cochez ici :

☐ Enfant 1 / ☐ Enfant 2 / ☐ Enfant 3 / ☐ Enfant 4 / ☐ Enfant 5

COTISATIONS

Taux exprimés en % du PMSS	RÉGIME GÉNÉRAL			RÉGIME LOCAL (ALSACE MOSELLE)		
	ADHÉRENT	CONJOINT	ENFANT (gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant)	ADHÉRENT	CONJOINT	ENFANT (gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant)
BASE	1,41%	1,41%	0,70%	0,63%	0,63%	0,34%
OPTION 1 (y compris BASE)	2,20%	2,20%	0,97%	1,42%	1,42%	0,61%
OPTION 2 (y compris BASE)	2,49%	2,49%	1,11%	1,71%	1,71%	0,75%

La cotisation sera prélevée en début de mois, pour le mois à venir, sur votre compte bancaire.

PIÈCES À JOINDRE À VOTRE BULLETIN D'ADHÉSION

CADRE RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

- ➡ 1 attestation de situation permettant d'ouvrir droit au régime « article 4 loi Evin » (retraite, incapacité/invalidité, chômage, RSA, certificat de décès du salarié)..... ☐
- ➡ La photocopie des attestations de droit à l'Assurance Maladie pour l'ensemble des personnes affiliées..... ☐
- ➡ 1 certificat/attestation pour les enfants de plus de 18 ans (scolarité, pôle emploi, apprentissage...) ☐
- ➡ 1 RIB pour les prélèvements, accompagné du mandat de prélèvement SEPA..... ☐
- ➡ RIBs pour le versement des prestations aux bénéficiaires (chaque bénéficiaire peut avoir un RIB différent)..... ☐

Vos pièces ci-dessus ainsi que le présent bulletin d'adhésion sont à envoyer à :
Gestion Branche Umanens - La Mutuelle Familiale - TSA 60 002 - 75487 Paris Cedex 10.

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT(E)

Fait à : / Le : / /

Pour recevoir des offres des membres d'Umanens, cochez la case ☐ Pour recevoir des offres des partenaires d'Umanens, cochez la case ☐

Exemplaire réservé à la mutuelle

Les statuts et le règlement mutualiste vous seront remis par la mutuelle. 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 de 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. 1609-BAE-CCN-ANI.