BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

CCN DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES INADAPTÉES ET HANDICAPÉES

CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL

CODE VENDEUR: _ _ _ _ _ B / CODE APPORTEUR (N° ORIAS): _ _ _ _ _ _ R



STRUCTURE					(CONTRA	T EC_ UHA)
RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE CHOISI PAR L'EMPLOYEUR : Base / Option 1 / Option 2 CATÉGORIE DU RÉGIME APPICABLE AU SALARIÉ : Ensemble du personnel / Cadres* / Non-Cadres* RAISON SOCIALE :							
N° SIRET :							
CORRESPONDANT STRUCTURE / FONCTION :							
MAIL :							
TÉLÉPHONE FIXE : PORTABLE :							
IDENTIFICATION DU SALARIÉ							
DATE D'EFFET DE L'AFFILIATION :							
COTISATIONS EN % PMSS							
REGIME GENERAL	D.	BASE			OPTION I		OPTION 2
REGIME GENERAL	Base Régime obligatoire	Option I	Opt	tion 2	Base + Option I Régime obligatoire	Option 2	Base + Option 2 Régime obligatoire
Salarié	1,48 %	+0,35 %	+0,74 %		1,80%	+0,39 %	2,15 %
+ Conjoint	+1,61 %	+0,35 %		74 %	+1,93 %	+0,39 %	+2,28 %
+ Enfant ⁽¹⁾	+0,73 %	+0,18 %	+0,	36 %	+0,89 %	+0,18 %	+1,06 %
	BASE			OPTION I OPTION 2			
REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE	Base Régime obligatoire	Option I	Option 2		Base + Option I Régime obligatoire	Option 2	Base + Option 2 Régime obligatoire
Salarié	1,04 %	+0,35 %	+0,74 %		1,36 %	+0,39 %	1,71 %
+ Conjoint	+1,13 %	+0,35 %		74 %	+1,45 %	+0,39 %	+1,80 %
+ Enfant (1) + Enfant (1) + O,51 % + O,18 % + O,36 % + O,67 % + O,18 % + O,18 % + O,18 % + O,84 % (1) Enfant: Gratuité à compter du 3ème enfant Selon le régime collectif obligatoire choisi par l'employeur, les cotisations facultatives pour les options et les ayants droit sont à ajouter à la cotisation de base (en gras dans le tableaucase grisée). Les cotisations facultatives seront prélevées mensuellement sur votre compte bancaire en début de mois.							
SIGNATURE EMPLOYEUR ET CACHET				SIGNATURE SALARIÉ(E)			
Fait à : Le :/				Le : J'atteste	sur l'honneur l'exactituions fournies et je recor suce des statuts de la mut	de des nnais avoir pris	

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

CCN DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES INADAPTÉES ET HANDICAPÉES



EN CAS DE MODIFICATION DE VOTRE SITUATION,

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES MERCI DE COMPLÉTER UNIQUEMENT CETTE PAGE. S'il y a modification de garanties facultatives, cela nécessite une demande écrite adressée avant le 31/10 de l'année pour A REMPLIR PAR LE SALARIÉ effet au 01/01 de l'année suivante. JE SOUSSIGNÉ(E) MME M. NOM: PRÉNOM: PRÉNOM: RAISON SOCIALE DE MA STRUCTURE : EMAIL: 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) En cas d'affiliation aux garanties optionnelles et de couverture de vos ayants droit, la cotisation sera entièrement à votre charge. ▶ Je complète ma garantie par : ☐ Option 1 / ☐ Option 2 ➡ Je choisis d'affilier mes ayants droit à titre facultatif (gratuité à partir du 3ème enfant) : ☐ Oui / ☐ Non Chaque ayant droit bénéficiera des mêmes garanties que vous. Mon(ma) conjoint(e) :
 □ MME
 □ M. NOM:
 PRÉNOM:
 RÉGIME : 🗌 GÉNÉRAL 🔲 LOCAL (ALSACE-MOSELLE) / (Mon(ma) conjoint(e) bénéficie de la télétransmission des décomptes. En cas de refus, cochez ici : 🗍 Mes enfants : N° DE SÉCURITÉ SOCIALE TÉLÉ NOM **PRÉNOM** DATE DE NAISSANCE (de rattachement, le cas échéant) Enfant □ oui Enfant 2 Enfant 3 Enfant 4 □ oui 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 : ____/ Lu / ____

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

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