

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 APORTEUR (N° ORIAS) : _____ R

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

COMPLÉMENTAIRE : UNIFORME

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 : ____/____/20____ DATE D'ENTRÉE DANS L'ENTREPRISE : ____/____/____

MME M. NOM : NOM JEUNE FILLE : PRÉNOM :

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

RÉGIME : LOCAL (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

		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 2	Uniforme ⁽¹⁾	0,876% PMSS	+1,402% PMSS	+2,000% PMSS	+2,676% PMSS	2,064% PMSS	+0,503% PMSS	+1,054% PMSS	2,502% PMSS	+0,474% PMSS	2,888% PMSS

⁽¹⁾ Uniforme : Salarié et ses ayants droit le cas échéant (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.

