

# 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 APORTEUR (N° ORIAS) : \_\_\_\_\_ R

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

**A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR**

### STRUCTURE

(CONTRAT EC\_ UHA \_\_\_\_\_)

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

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

RAISON SOCIALE : .....

N° SIRET : \_\_\_\_\_

CORRESPONDANT STRUCTURE / 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 LA STRUCTURE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

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 FIXE : \_\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_\_

### COTISATIONS EN % PMSS

RÉGIME GENERAL	BASE			OPTION 1		OPTION 2
	Base Régime obligatoire	Option 1	Option 2	Base + Option 1 Régime obligatoire	Option 2	Base + Option 2 Régime obligatoire
Salarié	<b>1,48 %</b>	+0,35 %	+0,74 %	<b>1,80%</b>	+0,39 %	<b>2,15 %</b>
+ Conjoint	+1,61 %	+0,35 %	+0,74 %	+1,93 %	+0,39 %	+2,28 %
+ Enfant <sup>(1)</sup>	+0,73 %	+0,18 %	+0,36 %	+0,89 %	+0,18 %	+1,06 %

RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE	BASE			OPTION 1		OPTION 2
	Base Régime obligatoire	Option 1	Option 2	Base + Option 1 Régime obligatoire	Option 2	Base + Option 2 Régime obligatoire
Salarié	<b>1,04 %</b>	+0,35 %	+0,74 %	<b>1,36 %</b>	+0,39 %	<b>1,71 %</b>
+ Conjoint	+1,13 %	+0,35 %	+0,74 %	+1,45 %	+0,39 %	+1,80 %
+ Enfant <sup>(1)</sup>	+0,51 %	+0,18 %	+0,36 %	+0,67 %	+0,18 %	+0,84 %

<sup>(1)</sup> Enfant: Gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> 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 tableau case grisée). Les cotisations facultatives seront prélevées mensuellement sur votre compte bancaire en début de mois.

### SIGNATURE EMPLOYEUR ET CACHET

Fait à : .....

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

### SIGNATURE SALARIÉ(E)

Fait à : .....

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

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies et je reconnais avoir pris connaissance des statuts de la mutuelle.

