

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

CCN DES ACTEURS DU LIEN SOCIAL ET FAMILIAL

CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL

CODE VENDEUR : _____ B / CODE APORTEUR (N° ORIAS) : _____ R

umanens
L'humain a du sens

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

STRUCTURE

(CONTRAT EC_USF_____)

RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE CHOISI PAR L'EMPLOYEUR : Alternative 1 (Base) / Alternative 2 (Base + Option 1) / Alternative 3 (Base + 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 collective 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	ALTERNATIVE 1			ALTERNATIVE 2		ALTERNATIVE 3
	Base (=Régime obligatoire)	Option 1	Option 2	Option 1 Base incluse (=Régime obligatoire)	Option 2	Option 2 Base incluse (=Régime obligatoire)
Salarié ⁽¹⁾	1,47%	+0,32%	+0,69%	1,75%	+0,37%	2,07%
+ Conjoint	+1,47%	+0,32%	+0,69%	+1,75%	+0,37%	+2,07%
+ Enfant	+0,66% ⁽²⁾	+0,15%	+0,30%	+0,79% ⁽²⁾	+0,15%	+0,92% ⁽²⁾

RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE	ALTERNATIVE 1			ALTERNATIVE 2		ALTERNATIVE 3
	Base (=Régime obligatoire)	Option 1	Option 2	Option 1 Base incluse (=Régime obligatoire)	Option 2	Option 2 Base incluse (=Régime obligatoire)
Salarié ⁽¹⁾	0,99%	+0,32%	+0,69%	1,27%	+0,37%	1,59%
+ Conjoint	+0,99%	+0,32%	+0,69%	+1,27%	+0,37%	+1,59%
+ Enfant	+0,44% ⁽²⁾	+0,15%	+0,30%	+0,57% ⁽²⁾	+0,15%	+0,70% ⁽²⁾

Selon le régime collectif obligatoire choisi par l'employeur, les cotisations facultatives pour les options et le conjoint sont à ajouter à la cotisation de base (en gras dans le tableau-case grisée) et prélevées sur votre compte bancaire en début de mois. La cotisation facultative des enfants sera prélevée mensuellement sur votre salaire par votre employeur.

⁽¹⁾ La cotisation versée au titre de la garantie ci-dessus, souscrite à titre obligatoire, est financée à hauteur de 50% minimum par l'employeur.

⁽²⁾ La cotisation versée au titre de la garantie ci-dessus, souscrite à titre facultatif, est financée par l'employeur à hauteur de 25% (pour les 2 premiers enfants inscrits), gratuité à partir du 3^{ème} enfant et prélevée sur votre salaire par votre employeur.

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.

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

CCN DES ACTEURS DU LIEN SOCIAL ET FAMILIAL



DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

EN CAS DE MODIFICATION DE VOTRE SITUATION,
MERCİ DE COMPLÉTER UNIQUEMENT CETTE PAGE.

A REMPLIR PAR LE SALARIÉ

S'il y a modification de garanties facultatives, cela nécessite une demande écrite adressée avant le 31/10 de l'année pour effet au 01/01 de l'année suivante.

JE SOUSSIGNÉ(E) MME M. NOM : PRÉNOM :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

RAISON SOCIALE DE MA STRUCTURE :

EMAIL :

TÉLÉPHONE FIXE : - PORTABLE :

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)

➡ Je complète ma garantie par : Option 1 / Option 2

➡ Je choisis d'affilier mes ayants droit à titre facultatif (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)	TÉLÉ TRANSMISSION
Enfant 1			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant 2			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant 3			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant 4			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

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 16 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 :

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

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