

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION

CCN BIJOUTERIE, JOAILLERIE, ORFÈVRETERIE ET ACTIVITÉS QUI S’Y RATTACHENT

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

ENTREPRISE

(CONTRAT EC_ UBJ, _____)

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 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 : 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

	CHOIX 1				CHOIX 2				CHOIX 3			
	SOCLE DE BASE (Régime Obligatoire)		OPTION 1		OPTION 2		OPTION 1 (Régime Obligatoire)		OPTION 2		OPTION 2 (Régime Obligatoire)	
Régime	Général	Local A/M	Général	Local A/M	Général	Local A/M	Général	Local A/M	Général	Local A/M	Général	Local A/M
Salarié	1,42 %	0,99 %	+0,42 %	+0,42 %	+0,55 %	+0,55 %	1,79 %	1,36 %	+0,55 %	+0,55 %	1,90 %	1,42 %
Conjoint	+1,58 %	+1,11 %	+0,50 %	+0,50 %	+0,63 %	+0,63 %	+2,00 %	+1,53 %	+0,63 %	+0,63 %	+2,11 %	+1,59 %
Enfant ⁽¹⁾	+0,76 %	+0,53 %	+0,30 %	+0,30 %	+0,37 %	+0,37 %	+1,02 %	+0,79 %	+0,37 %	+0,37 %	+1,08 %	+0,85 %

⁽¹⁾ Enfant : Gratuité à compter du 3^{ème} 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). La cotisation facultative sera prélevée mensuellement sur le compte bancaire du salarié 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.

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION

CCN BIJOUTERIE, JOAILLERIE, ORFÈVRES ET ACTIVITÉS QUI S’Y RATTACHENT



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 MON ENTREPRISE :

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 (Selon le régime obligatoire mis en place par votre employeur).

➔ 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 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 :

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

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