

# BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

CCN DE L'ENSEIGNEMENT PRIVÉ INDÉPENDANT

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\_ UEI\_\_\_\_\_)

RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE CHOISI PAR L'EMPLOYEUR :  BASE A /  OPTION B /  OPTION C /  OPTION D

STRUCTURE DE COTISATION OBLIGATOIRE CHOISIE PAR L'EMPLOYEUR :  SALARIE SEUL (ayants droit facultatifs) /  FAMILLE OBLIGATOIRE (ayants droit obligatoires)

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 POUR LE RÉGIME GÉNÉRAL EN % PMSS

REGIME GENERAL		CHOIX EMPLOYEUR	CHOIX SALARIÉ				CHOIX EMPLOYEUR	CHOIX SALARIÉ		CHOIX EMPLOYEUR	CHOIX SALARIÉ	CHOIX EMPLOYEUR
		Base A Régime Obligatoire	Option B	Option C	Option D	Option B Régime Obligatoire	Option C	Option D	Option C Régime Obligatoire	Option D	Option D Régime Obligatoire	
EMPLOYEUR	SALARIE	Salarié seul	<b>0,98% PMSS</b>	+0,58% PMSS	+0,93% PMSS	+1,33% PMSS	<b>1,60% PMSS</b>	+0,38% PMSS	+0,80% PMSS	<b>1,91% PMSS</b>	+0,49% PMSS	<b>2,27% PMSS</b>
		+ Conjoint	+1,08% PMSS	+0,64% PMSS	+1,01% PMSS	+1,46% PMSS	+1,76% PMSS	+0,42% PMSS	+0,88% PMSS	+2,10% PMSS	+0,54% PMSS	+2,49% PMSS
		+ Enfant <sup>(1)</sup>	+0,61% PMSS	+0,40% PMSS	+0,61% PMSS	+0,86% PMSS	+1,03% PMSS	+0,24% PMSS	+0,50% PMSS	+1,23% PMSS	+0,30% PMSS	+1,44% PMSS
		+ Famille <sup>(2)</sup>	+2,77% PMSS	+1,44% PMSS	+2,23% PMSS	+3,18% PMSS	+3,82% PMSS	+0,90% PMSS	+1,88% PMSS	+4,56% PMSS	+1,16% PMSS	+5,37% PMSS
		Famille Obligatoire <sup>(3)</sup>	<b>1,77% PMSS</b>	+1,27% PMSS	+2,12% PMSS	+2,94% PMSS	<b>2,91% PMSS</b>	+0,72% PMSS	+1,41% PMSS	<b>3,47% PMSS</b>	+0,59% PMSS	<b>4,10% PMSS</b>

<sup>(1)</sup> Enfant : Gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant

<sup>(2)</sup> Famille : Inclut le conjoint et les enfants. L'employeur prend en charge 50% minimum de la cotisation équivalente au «salarié seul»

<sup>(3)</sup> Famille obligatoire : Inclut le salarié, les enfants et le conjoint. L'employeur prend en charge 50% minimum de la cotisation équivalente à la «Famille obligatoire»

Selon le régime collectif obligatoire choisi par l'employeur, les cotisations facultatives pour les options et/ou 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 le compte bancaire du salarié en début de mois.

### COTISATIONS POUR LE RÉGIME LOCAL (ALSACE-MOSELLE) EN % PMSS

REGIME LOCAL (ALSACE-MOSELLE)		CHOIX EMPLOYEUR	CHOIX SALARIÉ			CHOIX EMPLOYEUR	CHOIX SALARIÉ		CHOIX EMPLOYEUR	CHOIX SALARIÉ	CHOIX EMPLOYEUR	
		Base A Régime Obligatoire	Option B	Option C	Option D	Option B Régime Obligatoire	Option C	Option D	Option C Régime Obligatoire	Option D	Option D Régime Obligatoire	
EMPLOYEUR	SALARIÉ	Salarié seul	<b>0,36% PMSS</b>	+0,58% PMSS	+0,93% PMSS	+1,33% PMSS	<b>0,97% PMSS</b>	+0,38% PMSS	+0,80% PMSS	<b>1,28% PMSS</b>	+0,49% PMSS	<b>1,65% PMSS</b>
		+ Conjoint	+0,40% PMSS	+0,64% PMSS	+1,01% PMSS	+1,46% PMSS	+1,05% PMSS	+0,42% PMSS	+0,88% PMSS	+1,39% PMSS	+0,54% PMSS	+1,81% PMSS
		+ Enfant <sup>(1)</sup>	+0,23% PMSS	+0,40% PMSS	+0,61% PMSS	+0,86% PMSS	+0,64% PMSS	+0,24% PMSS	+0,50% PMSS	+0,83% PMSS	+0,30% PMSS	+1,05% PMSS
		+ Famille <sup>(2)</sup>	+0,86% PMSS	+1,44% PMSS	+2,23% PMSS	+3,18% PMSS	+2,33% PMSS	+0,90% PMSS	+1,88% PMSS	+3,06% PMSS	+1,16% PMSS	+3,91% PMSS
		Famille Obligatoire <sup>(3)</sup>	<b>0,66% PMSS</b>	+1,27% PMSS	+2,12% PMSS	+2,84% PMSS	<b>1,78% PMSS</b>	+0,72% PMSS	+1,41% PMSS	<b>2,33% PMSS</b>	+0,59% PMSS	<b>3,00% PMSS</b>

<sup>(1)</sup> Enfant : Gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant

<sup>(2)</sup> Famille : Inclut le conjoint et les enfants. L'employeur prend en charge 50% minimum de la cotisation équivalente au «salarié seul»

<sup>(3)</sup> Famille obligatoire : Inclut le salarié, les enfants et le conjoint. L'employeur prend en charge 50% minimum de la cotisation équivalente à la «Famille obligatoire»

Selon le régime collectif obligatoire choisi par l'employeur, les cotisations facultatives pour les options et/ou 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 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 DE L'ENSEIGNEMENT PRIVÉ INDÉPENDANT



DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

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

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.

**A REMPLIR PAR LE SALARIÉ**

JE SOUSSIGNÉ(E)  MME  M. NOM : ..... PRÉNOM : .....

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

RAISON SOCIALE DE MA STRUCTURE : .....

EMAIL : .....

TÉLÉPHONE FIXE : \_\_\_\_\_ - PORTABLE : \_\_\_\_\_

COMPLÈTE MON AFFILIATION COMME SUIV :

SITUATION FAMILIALE :  CÉLIBATAIRE /  MARIÉ(E) /  PACSÉ(E) /  VIE MARITALE /  DIVORCÉ(E) /  VEUF(VE)

Nombre de personnes à charge : \_\_\_\_

## AFFILIATION AUX GARANTIES OPTIONNELLES ET AFFILIATION DES AYANTS DROIT À TITRE FACULTATIF

➡ Si mon employeur a choisi la structure de cotisation salarié seul, je peux compléter ma garantie par l'ajout de mon conjoint et/ou de mon(mes) enfant(s) ou d'une extension famille, ainsi que l'ajout d'une option facultative.

En cas d'affiliation à l'une de ces garanties facultatives, la cotisation sera entièrement à votre charge. Chaque ayant droit bénéficiera des mêmes garanties que vous.

➡ Je choisis de compléter ma garantie par :  Option B /  Option C /  Option D (selon le choix de votre employeur pour le régime mis en place à titre obligatoire)

➡ Je choisis de couvrir mes ayants droit à titre facultatif par :  la couverture Conjoint/Enfant ou  l'extension Famille

➡ 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 : )

➡ Mon(es) enfant(s) :

	NOM	PRÉNOM	SEXE (M/F)	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (de rattachement, le cas échéant)	TÉLÉ TRANSMISSION
Enfant 1			<input type="checkbox"/>	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant 2			<input type="checkbox"/>	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant 3			<input type="checkbox"/>	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant 4			<input type="checkbox"/>	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

## AFFILIATION OBLIGATOIRE DES AYANTS DROITS

➡ Si mon employeur a choisi la structure de cotisation Famille obligatoire,

mes ayants droit (enfant(s)/conjoint ou assimilé) sont obligatoirement couvert par le régime complémentaire Frais de santé.

Chaque ayant droit bénéficiera des mêmes garanties que vous. L'employeur participe à votre cotisation à hauteur de 50% minimum.

➡ J'affilie 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 : )

➡ Mon(es) enfant(s) :

	NOM	PRÉNOM	SEXE (M/F)	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (de rattachement, le cas échéant)	TÉLÉ TRANSMISSION
Enfant 1			<input type="checkbox"/>	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant 2			<input type="checkbox"/>	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant 3			<input type="checkbox"/>	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant 4			<input type="checkbox"/>	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Les statuts et la notice d'information sont disponibles auprès de votre employeur. Les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la gestion de votre contrat. Elles peuvent être communiquées aux partenaires de la Mutuelle uniquement aux fins d'exécution des garanties souscrites. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux informations qui vous concernent, droit que vous pouvez exercer auprès du délégataire de gestion, La Mutuelle Familiale 52, rue d'Hauteville, 75487 Paris Cedex 10. Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 784 442 915.

### PIÈCES À JOINDRE À VOTRE BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| ➡ La photocopie des attestations de droit à l'Assurance Maladie pour l'ensemble des personnes affiliées .....  | <input type="checkbox"/> |
| ➡ 1 certificat/attestation pour les enfants de 18 ans et plus (scolarité, pôle emploi, apprentissage...) ..... | <input type="checkbox"/> |
| ➡ 1 RIB pour les prélèvements, accompagné du mandat SEPA (prélèvement cotisations facultatives) .....          | <input type="checkbox"/> |
| ➡ RIB(s) pour le versement des prestations aux bénéficiaires .....   | <input type="checkbox"/> |

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.**

### CADRE RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

### 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