

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

CCN DES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT PRIVÉ SOUS CONTRAT

CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL

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

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

STRUCTURE

(CONTRAT EC_UEP_____)

RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE CHOISI PAR L'EMPLOYEUR : SOCLE / OPTION 1 / OPTION 2 / OPTION 3

STRUCTURE DE COTISATION OBLIGATOIRE CHOISIE PAR L'EMPLOYEUR : SALARIÉ SEUL / SALARIÉ AGRICOLE

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

A titre indicatif retrouvez les cotisations en équivalent € sur umanens.fr

		CHOIX 1				CHOIX 2			CHOIX 3		CHOIX 4	
		SOCLE Régime obligatoire	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 1 Régime obligatoire	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 2 Régime obligatoire	OPTION 3	OPTION 3 Régime obligatoire	
EMPLOYEUR	Salarie seul	1,09%	+0,28%	+0,73%	+0,90%	1,37%	+0,45%	+0,62%	1,82%	+0,17%	1,99%	
	SALARIE	+ Conjoint	+1,24%	+0,28%	+0,73%	+0,90%	+1,52%	+0,45%	+0,62%	+1,97%	+0,17%	+2,14%
		+ Enfant ⁽¹⁾	+0,60%	+0,15%	+0,40%	+0,50%	+0,75%	+0,25%	+0,35%	+1,00%	+0,10%	+1,10%
	Salarie Agricole	1,01%	+0,26%	+0,68%	+0,84%	1,27%	+0,42%	+0,58%	1,69%	+0,16%	1,85%	

⁽¹⁾ Enfant : Gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

Selon le régime obligatoire mis en place par votre employeur, vous pourrez choisir un niveau de garanties supérieur, **le surplus de cotisation sera entièrement à votre charge.**

Les cotisations pour vos ayants droit sont à ajouter au niveau de garanties choisi, et sont uniquement à votre charge. 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

A titre indicatif retrouvez les cotisations en équivalent € sur umanens.fr

		CHOIX 1				CHOIX 2			CHOIX 3		CHOIX 4
		SOCLE Régime obligatoire	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 1 Régime obligatoire	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 2 Régime obligatoire	OPTION 3	OPTION 3 Régime obligatoire
EMPLOYEUR	SALARIÉ										
	Salariné seul	0,65%	+0,28%	+0,73%	+0,90%	0,93%	+0,45%	+0,62%	1,38%	+0,17%	1,55%
	+ Conjoint	+0,74%	+0,28%	+0,73%	+0,90%	+1,02%	+0,45%	+0,62%	+1,47%	+0,17%	+1,64%
	+ Enfant ⁽¹⁾	+0,36%	+0,40%	+0,40%	+0,50%	+0,51%	+0,25%	+0,35%	+0,76%	+0,10%	+0,86%
	Salariné Agricole	0,63%	+0,15%	+0,68%	+0,84%	0,89%	+0,42%	+0,58%	1,31%	+0,16%	1,47%

⁽¹⁾ Enfant : Gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

Selon le régime obligatoire mis en place par votre employeur, vous pourrez choisir un niveau de garanties supérieur, **le surplus de cotisation sera entièrement à votre charge.**

Les cotisations pour vos ayants droit sont à ajouter au niveau de garanties choisi, et sont uniquement à votre charge. 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.

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

CCN DES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT PRIVÉ SOUS CONTRAT

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

**EN CAS DE MODIFICATION DE VOTRE SITUATION,
MERCİ D'UTILISER LE BULLETIN DE CHANGEMENT DE SITUATION.**

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 :

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

➔ 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 1 / Option 2 / Option 3 (selon le choix de votre employeur pour le régime mis en place à titre obligatoire)

➔ Je choisis d'affilier mes ayants droit à titre facultatif : Oui / Non

➔ 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

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 21 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

Les statuts et la notice d'information sont disponibles auprès de votre employeur. Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par La Mutuelle Familiale pour la gestion de votre contrat. Elles sont conservées pendant toute la durée de votre affiliation et sont destinées au gestionnaire du contrat. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : La Mutuelle Familiale - 52 rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10. Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://conso.bloctel.fr/>