

CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

CODE VENDEUR : \_\_\_\_\_ 0 0 1 0 0 B / CODE APPOORTEUR (N° ORIAS) : \_\_\_\_\_ R

### ENTREPRISE

RAISON SOCIALE : \_\_\_\_\_  
 N° SIRET : \_\_\_\_\_ - FORME JURIDIQUE : \_\_\_\_\_ CODE APE : \_\_\_\_\_  
 ADRESSE : \_\_\_\_\_  
 CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ - VILLE : \_\_\_\_\_  
 CORRESPONDANT ENTREPRISE / FONCTION : \_\_\_\_\_  
 MME  M. NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 EMAIL : \_\_\_\_\_  
 TÉLÉPHONE FIXE : \_\_\_\_\_ - PORTABLE : \_\_\_\_\_  
 ADRESSE DE CORRESPONDANCE (SI DIFFÉRENTE DU SIÈGE) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ - VILLE : \_\_\_\_\_

### ADHÉSION AU CONTRAT

Je soussigné(e)  MME  M. NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 agissant en qualité de \_\_\_\_\_ ayant pouvoir d'engager l'entreprise précitée,  
 demande l'adhésion au présent contrat.

➔ Mon adhésion au régime prend effet le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

➔ J'affilie :  Ensemble du personnel /  Cadres\* /  Non-Cadres\* (cochez une seule case) / Effectif affilié : \_\_\_\_\_

➔ Je choisis à titre collectif et obligatoire, la formule suivante :  Régime de Base (adulte/enfant)  Régime Amélioré 1  Régime Amélioré 2  
 et j'opte pour une structure  Salarié (ayants droit facultatif)  
 ou  Isolé/Famille (ayants droit obligatoire) structure de cotisation réservée aux entreprises de plus de 5 salariés

➔ Je m'engage à acquitter les cotisations mensuelles :  Par prélèvement  Par virement  Par chèque

➔ J'atteste :  Relever de la CCN des transports routiers et activités auxiliaires du transport

\*En application des dispositions de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres (ou en application des dispositions à la convention nationale de retraite et de prévoyance du 14 mars 1947, durant la période transitoire prévu à l'art 2 du décret n° 2021-1002 du 30 juillet 2021).

➔ En complément du régime collectif et obligatoire mise en œuvre pour votre structure, les salariés peuvent s'affilier à la surcomplémentaire facultative « Renfort Umanens » (intégralement à leur charge, sans contribution employeur) afin d'améliorer leurs garanties frais de santé, pour eux-mêmes et leurs ayants droit »

Cette adhésion vaut pour ma structure et ses établissements présents et futurs. J'affilie l'ensemble des salariés du collège ci-avant déterminé.

A titre indicatif retrouvez les cotisations en équivalent € sur [umanens.fr](http://umanens.fr)

COTISATIONS		RÉGIME DE BASE		RÉGIME AMÉLIORÉ N°1 (y compris Base)		RÉGIME AMÉLIORÉ N°2 (y compris Base)	
		Général	Local A/M	Général	Local A/M	Général	Local A/M
Structure 1	Salarié	1,36% PMSS	0,90% PMSS	1,65% PMSS	1,18% PMSS	1,99% PMSS	1,53% PMSS
	Isolé	-	-	1,65% PMSS	1,18% PMSS	1,99% PMSS	1,53% PMSS
Structure 2	Famille <sup>(1)</sup>	-	-	4,70% PMSS	3,29% PMSS	5,66% PMSS	4,33% PMSS

<sup>(1)</sup> : Inclut le salarié, les enfants, et le conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale.

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

### DÉCLARATION DE L'ENTREPRISE

- ➔ Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales du présent régime frais de santé.
- ➔ Je m'engage, conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, à remettre un exemplaire de la notice d'information du régime à chacun des salariés présents et futurs, affiliés au régime.

### MODALITÉS D'ADHÉSION

Merci de joindre à la présente demande d'adhésion :

- ➔ Un extrait K-Bis de moins de 3 mois
- et
- ➔ Pour les entreprises souhaitant un prélèvement automatique, un mandat SEPA dûment complété.

### DOCUMENTS À RETOURNER PAR COURRIER À

GESTION BRANCHE UMANENS - TSA 60002 - 75487 PARIS CEDEX 10

### SIGNATURE EMPLOYEUR / SIGNATURE DU REPRÉSENTANT ET CACHET

Fait à : \_\_\_\_\_

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

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

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

### CACHET DISTRIBUTEUR

A réception de la présente demande, les conditions particulières du contrat vous seront adressées.

### VOTRE MUTUELLE

#### Les organismes assureurs

Contrat assuré par les membres de l'UGM Umanens, Mutuelles soumises aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité (affectation de la mutuelle assureur selon les conventions de l'UGM) : **LA MUTUELLE FAMILIALE**, SIREN 784 442 915, 52 rue d'Hauteville - 75010 PARIS ; **MUTUALIA GRAND OUEST (MGO)**, SIREN 401 285 309, Parc d'activité de Laroiseau, 6 rue Anita Conti - 56008 VANNES Cedex ; **MUTUALIA ALLIANCE SANTE (MAS)** SIREN 403 596 265, 1 rue André Gatoux - 62024 ARRAS Cedex ; **MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES (MTS)** SIREN 449 571 256, 75 avenue Gabriel Péri - 38400 Saint Martin d'Herès.

#### Les organismes distributeurs

Umanens, Mutuelles soumises aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité : **LA MUTUELLE FAMILIALE**, SIREN 784 442 915, 52 rue d'Hauteville - 75010 PARIS ; **MUTUALIA GRAND OUEST (MGO)**, SIREN 401 285 309, Parc d'activité de Laroiseau, 6 rue Anita Conti - 56008 VANNES Cedex ; **MUTUALIA ALLIANCE SANTE (MAS)** SIREN 403 596 265, 1 rue André Gatoux - 62024 ARRAS Cedex ; **MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES (MTS)** SIREN 449 571 256, 75 avenue Gabriel Péri - 38400 Saint Martin d'Herès.

### VOTRE GESTIONNAIRE

#### Le Gestionnaire :

LA MUTUELLE FAMILIALE, Mutuelle soumise au livre II du Code de la Mutualité, SIREN numéro 784 442 915, dont le siège social est le 52, rue d'Hauteville - 75487 PARIS CEDEX 10.

Toute demande de réclamation concernant l'application du Contrat pourra être adressée par l'Employeur, le salarié ou, le cas échéant, ses ayants droit, au siège du Gestionnaire, soit par courriel à [reclamations@umanens.fr](mailto:reclamations@umanens.fr), soit par voie postale à l'attention du Service Réclamations UMANENS LA MUTUELLE FAMILIALE - 52, rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10.

### RGPD

Les informations nominatives recueillies sur ce formulaire sont enregistrées et traitées par Le Gestionnaire pour la passation, la gestion et l'exécution des garanties souscrites. Ces informations sont indispensables à la souscription de la proposition contractuelle d'assurance. Elles pourront également être utilisées pour assurer le suivi et la gestion de notre relation commerciale et vous proposer des offres avec votre consentement exprès, exprimé dans la case ci-contre . Vous pouvez exercer le retrait de votre consentement à tout moment.

Ces données sont destinées aux services de la Mutuelle et peuvent être transmises à ses partenaires prenant part à la gestion de la garantie ainsi qu'au suivi et à la gestion de la relation commerciale. Ces données sont conservées le temps nécessaire à l'exécution de votre contrat d'assurance et conformément aux délais de prescription en vigueur.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004 et au Règlement européen relatif à la protection des données personnelles n°2016/679, du 27 avril 2016, les informations recueillies sont confidentielles. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité sur les informations vous concernant.

Ce droit s'exerce sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle, soit par courrier postal en écrivant à LA MUTUELLE FAMILIALE - Délégué à la Protection des Données - 52 rue d'Hauteville - 75010 PARIS, soit par courrier électronique à [donneespersonnelles@mutuelle-familiale.fr](mailto:donneespersonnelles@mutuelle-familiale.fr).

### RATIOS FRAIS DE GESTION & PRESTATION SUR COTISATION

#### RATIO FRAIS DE GESTION

Le ratio des frais de gestion d'UMANENS est de : 12 %, au titre de l'année 2022.

« Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. »

« Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles. »

#### RATIO PRESTATION SUR COTISATION

Le ratio prestation sur cotisation d'UMANENS est de : 88 % au titre de l'année 2022.

« Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties. »

### RÉSILIATION INFRA ANNUELLE

Votre adhésion est renouvelable chaque année par tacite reconduction.

Vous pouvez, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de la première année d'adhésion, résilier sans frais ni pénalité.

La résiliation prendra effet un mois après la réception de votre demande par UMANENS.