

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ SURCOMPLÉMENTAIRE SNCP

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 LE SALARIÉ

ENTREPRISE

(CONTRAT _____)

RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE CHOISI PAR L'EMPLOYEUR : Confort / Sérénité / Premium

STRUCTURE DE COTISATION :

- avec ayants droit obligatoires (conjoint/enfants) : 1. Isolé */ Famille ** / 2. Uniforme***
- avec ayants droit facultatifs (conjoint/enfants) : 3. Isolé **** (Duo/Famille)

CATÉGORIE DU RÉGIME APPLICABLE AU SALARIÉ : Ensemble du personnel / Cadres¹ / Non-Cadres¹

RAISON SOCIALE :

N° SIRET : _____

CORRESPONDANT ENTREPRISE / FONCTION :

MME M. NOM : PRÉNOM :

EMAIL :

TÉLÉPHONE FIXE : _____ - PORTABLE : _____

(* Isolé : salarié seul - (**) Famille : Inclut le salarié et un ayant droit ou plus - (***) Uniforme : Cotisation identique quelque soit la structure familiale des salariés - (****) Isolé : Seul le salarié est couvert à titre obligatoire, les ayants droit peuvent être couverts à titre facultatif (Duo/Famille)

¹ 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 : _____

LE SALARIÉ RELÈVE DU : RÉGIME GÉNÉRAL / RÉGIME LOCAL ALSACE MOSELLE (Il bénéficiera, lors de l'affiliation, de la télétransmission avec la Sécurité Sociale, afin de faciliter le remboursement de ses frais de santé. En cas de refus, veuillez cocher ici :)

ADRESSE :

CODE POSTAL : _____ - VILLE :

EMAIL :

TÉLÉPHONE FIXE : _____ - PORTABLE : _____

COTISATIONS EN % PMSS

	CHOIX 1	CHOIX 2	CHOIX 3	
	Confort (Socle)	Sérénité (Socle)	Premium (Socle)	
Régime Général et Régime Local (A/M)	Sur complémentaire Excellence	Sur complémentaire Excellence	Sur complémentaire Excellence	Sur complémentaire Optimum
Adulte	+0,444%	+0,444%	+0,444%	+0,856%
Enfant	+0,389%	+0,389%	+0,389%	+0,389%

Les cotisations sont entièrement à la charge du salarié qui choisit de souscrire à la garantie.

La souscription donnera lieu à perception d'une commission d'intermédiation reversée au Cabinet Mutuaconseil, courtier conseil du SNCP

DOCUMENTS À RETOURNER PAR COURRIER À

UMANENS - RÉGIME FRAIS DE SANTÉ SNCP - 40 BOULEVARD RICHARD LENOIR - 75011 PARIS

SIGNATURE DU 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

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION RÉGIME FRAIS DE SANTÉ SURCOMPLÉMENTAIRE SNCP

umanens
L'humain a du sens

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

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

A REMPLIR PAR LE SALARIÉ

S'il y a modification de la garantie facultative, celle-ci ne pourra prendre effet qu'après validation par le gestionnaire et selon les modalités précisées aux Conditions Générales et dans la Notice d'Information.

JE SOUSSIGNÉ(E) MME M. NOM : PRÉNOM :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____

RAISON SOCIALE DE MON ENTREPRISE :

EMAIL :

TÉLÉPHONE FIXE : _____ - PORTABLE : _____

COMPLÈTE MON AFFILIATION COMME SUIIT :

AFFILIATION AUX GARANTIES SURCOMPLÉMENTAIRES

➔ **Je complète ma garantie par :**

Surcomplémentaire Excellence (disponible pour le socle Confort, Sérénité et Premium) / **Surcomplémentaire Optimum** (disponible pour le socle Premium)

➔ **Je choisis d'affilier mes ayants droits (conjoints/enfants) à la surcomplémentaire :** 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 : _____

LE CONJOINT RELÈVE DU : RÉGIME GÉNÉRAL / RÉGIME LOCAL ALSACE MOSELLE (Il bénéficiera, lors de l'affiliation, de la télétransmission avec la Sécurité Sociale, afin de faciliter le remboursement de ses frais de santé. En cas de refus, veuillez cocher ici :)

➔ **Mes enfants :**

	NOM	PRÉNOM	SEXE (M/F)	DATE DE NAISSANCE	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (de rattachement, le cas échéant)	TÉLÉTRANSMISSION
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 POUR ACTUALISER VOTRE DOSSIER

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...)

➔ Justificatif d'identité avec photo en cours de validité*

➔ 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 :
UMANENS - RÉGIME FRAIS DE SANTÉ SNCP - 40 BOULEVARD RICHARD LENOIR - 75011 PARIS

*Justificatif d'identité (carte nationale d'identité, titre de séjour, passeport, permis de conduire) de l'adhérent du contrat, de la personne réglant les cotisations si celle-ci est différente de l'adhérent ainsi que des ayants droit.

SIGNATURE DU 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

INFORMATION SUR VOTRE MUTUELLE

Les organismes assureurs

Contrat coassuré par les membres d’Umanens, Union de Groupe Mutualiste (UGM) soumise aux dispositions du Livre I du Code de la Mutualité, SIREN 800 533 499, 40 boulevard Richard Lenoir - 75011 PARIS, composée de :

LA MUTUELLE FAMILIALE, SIREN 784 442 915, 52 rue d’Hauteville - 75010 PARIS ;

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

MUTUALIA GRAND OUEST (MGO), SIREN 401 285 309, Parc d’activité de Laroiseau, 6 rue Anita Conti - 56008 VANNES Cedex ;

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

MUTUALIA ALLIANCE SANTE (MAS), SIREN 403 596 265, 1 rue André Gatoux - 62024 ARRAS Cedex ;

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES (MTS), SIREN 449 571 256, 75 avenue Gabriel Péri - 38400 Saint Martin d’Heres ;

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

Les organismes distributeurs

Mutuaconseil Société de courtage en assurance :

SAS au capital de 4 000 €, 176 avenue Charles de Gaulle - 92522 Neuilly sur Seine Cedex - RCS Nanterre 820 528 677 garantie financière à hauteur de 115 000 € RC Pro de 5 000 000 € - Mutuaconseil est soumis au contrôle de l’ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Taitbout 75436 cedex 09.

En cas de réclamation client : Mutuaconseil Service réclamation - 176 avenue Charles de Gaulle, 92522 Neuilly sur Seine Cedex ou reclamation@mutuaconseil.fr

Les mutuelles membres de l’UGM 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’Heres.

INFORMATION SUR VOTRE GESTIONNAIRE

Le Gestionnaire :

Gerep, Société indépendante de courtage en assurance - 4 rue de Vienne 75008 Paris - SAS au capital de 101 120€.

- RCS Paris B 351 299 862.

Immatriculé à l’ORIAS sous le n° 07 000 294 (www.orias.fr) Gerep est soumis au contrôle de l’ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Taitbout 75436 cedex 09.

En cas de réclamation client :

GEREP - Service réclamation - CS 4000 I, 4 rue de Vienne, 75378 Paris cedex 08 ou reclamation@gerep.fr - Les réclamations sont traitées dans un délai de 2 mois.

INFORMATION RGPD

« Les informations nominatives recueillies sur ce formulaire sont enregistrées et traitées par Gerep 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°2016679, 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 gestionnaire, soit par courrier postal en écrivant à : Gerep 4 rue de Vienne, 75378 Paris cedex 08».