

CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL

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

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

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-Cadres²

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 La catégorie « Cadres » relève des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.

² La catégorie « Non Cadres » ne relève pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des non cadres.

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 - RÉGIME GÉNÉRAL

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

COTISATIONS

Régime général			Confort = régime obligatoire			Sérénité = régime obligatoire		Premium = régime obligatoire
			Confort (socle)	Option Sérénité	Option Premium	Sérénité (socle)	Option Premium	Premium (socle)
Ayants Droit obligatoires	Structure 1	Isolé (*)	1,947%	+0,377%	+0,738%	2,283%	+0,294%	2,676%
		Famille (**)	4,057%	+0,692%	+1,378%	4,687%	+0,562%	5,469%
	Structure 2	Uniforme (***)	3,328%	+0,570%	+1,155%	3,861%	+0,482%	4,512%
Ayants Droit facultatifs	Structure 3	Isolé (****)	1,947%	+0,377%	+0,738%	2,283%	+0,294%	2,676%
		Duo	3,491%	+0,637%	+1,253%	4,063%	+0,502%	4,748%
		Famille	4,676%	+0,775%	+1,531%	5,370%	+0,617%	6,249%

L'employeur prend en charge 50% minimum de la cotisation.

(*) 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)

Les couvertures facultatives (ayants droits, options) sont à la seule charge du salarié.

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

CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL

CODE VENDEUR : _____ / CODE APPOORTEUR (N° ORIAS) : _____ R

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

COTISATIONS EN % PMSS - RÉGIME LOCAL

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

COTISATIONS

Régime local			Confort = régime obligatoire			Sérénité = régime obligatoire		Premium = régime obligatoire
			Confort (socle)	Option Sérénité	Option Premium	Sérénité (socle)	Option Premium	Premium (socle)
Ayants Droit obligatoires	Structure 1	Isolé (*)	1,273%	+0,377%	+0,752%	1,620%	+0,317%	1,927%
		Famille (**)	2,665%	+0,704%	+1,434%	3,306%	+0,602%	3,921%
	Structure 2	Uniforme (***)	2,158%	+0,595%	+1,211%	2,731%	+0,523%	3,335%
Ayants Droit facultatifs	Structure 3	Isolé (****)	1,273%	+0,377%	+0,752%	1,620%	+0,317%	1,985%
		Duo	2,283%	+0,637%	+1,281%	2,840%	+0,544%	3,508%
		Famille	3,067%	+0,775%	+1,574%	3,796%	+0,678%	4,595%

L'employeur prend en charge 50% minimum de la cotisation.

(*) 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)

Les couvertures facultatives (ayants droits, options) sont à la seule charge du salarié.

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

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

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE ELANOVA



DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

A REMPLIR PAR LE SALARIÉ

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

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 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 Sérénité / Option Premium (Selon le régime obligatoire mis en place par l'employeur).

➔ **J'affilie à titre obligatoire mes ayants droits (conjoint/enfants) :** Structure 1 (Isolé/Famille) ou 2 (Uniforme).

➔ **Je choisis d'affilier mes ayants droit à titre facultatif** (gratuité à partir du 3ème enfant) : Structure 3 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)	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 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 ELANOVA - 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 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

MENTIONS LÉGALES ET RGPD

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 - 75487 PARIS CEDEX 10 ; **MUTUALIA GRAND OUEST (MGO)**, SIREN 401 285 309, Parc d’activité de Laroiseau, 4 rue Anita Conti - 56008 VANNES Cedex ; **MUTUALIA ALLIANCE SANTE (MAS)** SIREN 403 596 265, 14 rue des Rosati 62000 ARRAS ; **MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES (MTS)** SIREN 449 571 256, 9 rue Cornélie Gemond 38000 GRENOBLE.

Les organismes distributeurs

MUTUA CONSEIL 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

VOTRE GESTIONNAIRE

GEREP,

Société indépendante de courtage en assurance - 4 rue de Vienne 75008 Paris.

SAS ou 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 délais de 2 mois.

RGPD

Règlement Général sur la Protection des Données

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés, et le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 s’applique aux réponses faites au présent formulaire.

Finalités du traitement

La collecte, l’enregistrement et le traitement de vos données personnelles via le présent bulletin d’adhésion a pour but d’assurer la passation, la gestion et l’exécution de votre contrat d’assurance auprès du délégataire de gestion du présent contrat. Les réponses renseignées présentent un caractère obligatoire. A défaut, la Mutuelle ne sera pas en mesure d’assurer l’enregistrement et la gestion de votre adhésion.

Elles pourront également être utilisées pour 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.

Bases légales du traitement

La collecte et le traitement de vos données est nécessaire à l’exécution de votre contrat et au respect de ses obligations légales par la Mutuelle en matière de lutte contre le blanchiment et fraude.

Données et catégories de personnes concernées

Les données collectées concernent ainsi celles des adhérents de la Mutuelle et leurs ayants-droits.

Elles portent sur leur état civil, leur NIR, leur RIB ou tout autre document nécessaire à la gestion et l’exécution du contrat, notamment :

- Les données relatives à l’identification des parties (état civil, pièces d’identité, coordonnées etc.) ;
- Les données relatives à la situation familiale des parties ou intéressés au contrat et nécessaires à son application ;
- Les données relatives à la situation professionnelle des parties ou intéressés au contrat et nécessaires à son application (CSP, domaine d’activité, convention collective etc.).
- Les données nécessaires à la passation, l’application du contrat et à la gestion des prestations liées au contrat (numéro d’identification de l’adhérent, autorisation de prélèvement, remboursements complémentaires sécurité sociale etc...).

MENTIONS LÉGALES ET RGPD

Destinataires

Ces données sont destinées aux services de la Mutuelle et peuvent être transmises à ses partenaires prenant part à l’exécution de vos garanties.

Durée de conservation

Ces données sont conservées le temps nécessaire à l’exécution de votre contrat d’assurance et conformément aux délais de prescription en vigueur.

Droits des personnes concernées

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou leur limitation. Vous disposez également d’un droit d’opposition au traitement de vos données et droit à leur portabilité (cf. CNIL pour plus d’informations sur vos droits).

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous devez fournir vos nom, prénom, n° adhérent ainsi qu’une copie d’une pièce d’identité et contacter notre délégué à la protection des données (DPO). 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 GEREP - Délégué à la Protection des données, 4 rue de Vienne, 75378 Paris cedex 08.

Si vous n’êtes pas satisfait de vos échanges avec la Mutuelle, vous avez la possibilité de saisir la Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés (CNIL) à l’adresse suivante :
CNIL - 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.

DROIT DE RENONCIATION

Adhésion à distance

Toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n’entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative, dispose d’un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour où l’adhésion a pris effet.

Dans ce cadre, l’application des garanties ne pourra pas être demandée avant écoulement du délai précédent, sauf demande d’exécution anticipée, en cochant la case ci-contre : je sollicite l’exécution anticipée de mes garanties à compter de la date portée au présent bulletin ou dès sa réception si cette date est postérieure.

Démarchage

Toute personne physique qui fait l’objet d’un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n’entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d’y renoncer par lettre recommandée avec demande d’avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d’adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités (article L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité).

Modalités

La renonciation doit être faite par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception, envoyée à l’adresse suivante : **Mutuaconseil Service réclamation - 176 avenue Charles de Gaulle, 92522 Neuilly sur Seine Cedex** ou **reclamation@mutuaconseil.fr** selon le modèle ci-après : « Par le présent envoi recommandé avec avis de réception, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse, n° adhérent], déclare renoncer à mon adhésion au contrat [référence de la garantie], souscrit le [date] à [lieu]. Date et signature ».

Conséquences

L’exercice du droit de renonciation dans le délai prévu met fin à l’adhésion à compter de la date de réception de l’envoi recommandé. Le membre participant demeure néanmoins tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru. Ce montant proratisé est déterminé en jours calendaires.

Le droit de renonciation ne peut plus être exercé lorsque le membre participant demande l’exécution anticipée de ses garanties en cas d’adhésion à distance, ou lorsque sa garantie est mise en œuvre en connaissance de cause par lui-même et ses ayants droit, en cas de démarchage.