

CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER

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

ENTREPRISE / ASSOCIATION

RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE CHOISI PAR L'EMPLOYEUR : Base / Option 1 / Option 2

RAISON SOCIALE : **ECLAIREUSES ECLAIREURS DE FRANCE**

N° SIRET : **77567559800665** - FORME JURIDIQUE : **ASSOCIATION** - CODE APE : **9499Z**

ADRESSE : **12 Place Georges POMPIDOU**

CODE POSTAL : **93167** - VILLE : **NOISY LE GRAND CEDEX**

CORRESPONDANT ENTREPRISE : FONCTION : **CHARGÉE DE RESSOURCES HUMAINES**

MME M. NOM : **MARIE CALIXTE** - PRÉNOM : **JULIETTA**

EMAIL : **julietta.marie-calixte@eedf.asso.fr**

TÉLÉPHONE : **01 48 15 17 82** - PORTABLE : _____

ADRESSE DE CORRESPONDANCE (SI DIFFÉRENTE DU SIÈGE) : _____

CODE POSTAL : _____ - VILLE : _____

IDENTIFICATION DU SALARIÉ

DATE D'EFFET DE L'AFFILIATION : ____/____/ **20**____

MME M. NOM : _____ NOM JEUNE FILLE : _____ PRÉNOM : _____

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

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 : _____ - PORTABLE : _____

AFFILIATION AUX GARANTIES OPTIONNELLES ET AFFILIATION DES AYANTS DROIT

En cas d'affiliation aux garanties optionnelles et de couverture de vos ayants droit, la cotisation sera entièrement à votre charge.

➔ Je complète ma garantie par : Option 1 / Option 2 (selon le choix de votre employeur pour la garantie mise en place à titre obligatoire).

➔ J'affilie mes ayants droit à titre facultatif (gratuité à partir du 3^{ème} enfant) : 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 : _____

RÉGIME : GÉNÉRAL LOCAL (ALSACE-MOSELLE) / Mon(ma) conjoint(e) bénéficie de la télétransmission des décomptes. En cas de refus, cochez ici :

➔ Mes enfants :

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

Mes enfants bénéficient de la télétransmission des décomptes. En cas de refus, cochez ici :

COTISATIONS EN % PMSS

Régime Général	BASE			BASE ET OPTION 1		BASE ET OPTION 2
	Base (= régime collectif obligatoire)	Option 1	Option 2	Base et Option 1 (= régime collectif obligatoire)	Option 2	Base et Option 2 (= régime collectif obligatoire)
Salarié	0,94%	+0,64%	+0,86%	1,47%	+0,22%	1,66%
+ Conjoint (facultatif)	+1,08%	+0,73%	+0,99%	+1,69%	+0,26%	+1,91%
+ Enfant (facultatif) Gratuité à partir du 3 ^{ème} enfant	+0,70%	+0,32%	+0,49%	+0,97%	+0,17%	+1,11%

Régime Local (Alsace-Moselle)	BASE			BASE ET OPTION 1		BASE ET OPTION 2
	Base (= régime collectif obligatoire)	Option 1	Option 2	Base et Option 1 (= régime collectif obligatoire)	Option 2	Base et Option 2 (= régime collectif obligatoire)
Salarié	0,42%	+0,64%	+0,86%	0,95%	+0,22%	1,14%
+ Conjoint (facultatif)	+0,48%	+0,73%	+0,99%	+1,09%	+0,26%	+1,31%
+ Enfant (facultatif) Gratuité à partir du 3 ^{ème} enfant	+0,34%	+0,32%	+0,49%	+0,61%	+0,17%	+0,75%

Selon le régime collectif obligatoire choisi par l’employeur, les cotisations facultatives pour les options et les ayants droit sont à ajouter à la cotisation de base (en gras dans le tableau). La prise en charge employeur s’applique sur la seule cotisation en gras. La cotisation sera prélevée mensuellement sur votre compte bancaire à terme échu.

PIÈCES À JOINDRE À VOTRE BULLETIN 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 plus de 18 ans (scolarité, pôle emploi, apprentissage...)
- ➡ 1 RIB pour les prélèvements, accompagné du mandat de prélèvement SEPA (prélèvement cotisations facultatives)
- ➡ RIBs pour le versement des prestations aux bénéficiaires

Vos pièces ci-dessus ainsi que votre bulletin sont à envoyer à :

Gestion Branche Umanens - La Mutuelle Familiale - TSA 60 002 - 75487 Paris Cedex 10.

SIGNATURE DU (DE LA) 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 Pour recevoir des offres des partenaires d’Umanens, cochez la case

Exemplaire réservé à la mutuelle