

RÉSERVÉ À UMANENS

CODE APPOORTEUR : / N° ENREGISTREMENT : / N° GESTION :

ENTREPRISE / ASSOCIATION

RÉGIME COLLECTIF CHOISI PAR L'EMPLOYEUR :

RAISON SOCIALE :

N° SIRET : FORME JURIDIQUE : CODE NAF :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

CORRESPONDANT ENTREPRISE : MME M. NOM : PRÉNOM :

FONCTION :

EMAIL :

TÉLÉPHONE : PORTABLE :

ADRESSE DE CORRESPONDANCE (SI DIFFÉRENTE DU SIÈGE) :

CODE POSTAL : VILLE :

IDENTIFICATION DU SALARIÉ

MME M. NOM : NOM JEUNE FILLE : PRÉNOM :

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

DATE DE NAISSANCE : .../.../... - NUMÉRO D'ASSURÉ(E) SOCIAL(E) :

RÉGIME : GÉNÉRAL ALSACE-MOSELLE / Je bénéficie de la télétransmission. En cas de refus, cochez ici :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

EMAIL : TÉLÉPHONE : PORTABLE :

AFFILIATION AUX GARANTIES OPTIONNELLES

Je complète ma garantie par : Option 1 / Option 2 (selon le choix de votre employeur pour le contrat à titre collectif et obligatoire).

AFFILIATION DES AYANTS-DROIT À TITRE FACULTATIF

Chaque ayant-droit doit bénéficier des mêmes garanties que le salarié (gratuité à partir du 3^{ème} enfant).

	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° D'ASSURÉ(E) SOCIAL(E) (Pour les enfants, précisez le numéro Séc. soc. de rattachement)	RÉGIME	Télé-transmission
Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MME		.../.../...	<input type="checkbox"/> GÉNÉRAL <input type="checkbox"/> LOCAL A/M	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant / ayant-droit 1	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MME		.../.../...	<input type="checkbox"/> GÉNÉRAL <input type="checkbox"/> LOCAL A/M	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant / ayant-droit 2	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MME		.../.../...	<input type="checkbox"/> GÉNÉRAL <input type="checkbox"/> LOCAL A/M	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant / ayant-droit 3	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MME		.../.../...	<input type="checkbox"/> GÉNÉRAL <input type="checkbox"/> LOCAL A/M	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant / ayant-droit 4	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MME		.../.../...	<input type="checkbox"/> GÉNÉRAL <input type="checkbox"/> LOCAL A/M	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

COTISATIONS EN % PMSS

	BASE (= régime collectif)				BASE ET OPTION 1 (= régime collectif)			BASE ET OPTION 2 (= régime collectif)	
	Base		Option 1	Option 2	Base et Option 1		Option 2	Base et Option 2	
	Général	Local A/M	Tous régimes	Tous régimes	Général	Local A/M	Tous régimes	Général	Local A/M
Salarié	0,94%	0,42%	+0,64%	+0,86%	1,47%	0,95%	+0,22%	1,66%	1,14%
+ Conjoint (facultatif)	+1,08%	+0,48%	+0,73%	+0,99%	+1,69%	+1,09%	+0,26%	+1,91%	+1,31%
+ Enfant (facultatif)	+0,70%	+0,34%	+0,32%	+0,49%	+0,97%	+0,61%	+0,17%	+1,11%	+0,75%

Selon le régime collectif choisi par l'employeur, les cotisations pour les options et les ayants-droits facultatifs 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.

PIÈCES À JOINDRE

- La photocopie des attestations de droit de la carte vitale 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)
- 1 RIB pour le versement des prestations

SIGNATURE DU SALARIÉ(E)

Fait à :
Le : .../.../...
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies.

DOCUMENTS À RETOURNER PAR COURRIER À

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