

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION

CCN DE LA RESTAURATION RAPIDE - C9

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 L’EMPLOYEUR

ENTREPRISE

(CONTRAT AG_RR9: _____)

RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE CHOISI PAR L’EMPLOYEUR :

POUR LES CADRES : Confort / Sérénité / Excellence - **POUR LES NON CADRES :** Conventionnel / Tranquillité / Optimum

CATÉGORIE DU RÉGIME APPLICABLE AU SALARIÉ : Cadres* / Non-Cadres*

RAISON SOCIALE :

N° SIRET : _____

CORRESPONDANT ENTREPRISE / FONCTION :

MME M. NOM : PRÉNOM :

EMAIL :

TÉLÉPHONE FIXE : _____ - PORTABLE : _____

* 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).

CATÉGORIE DU PERSONNEL : CADRE NON CADRE

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 : _____

RÉGIME : GÉNÉRAL / (Je bénéficie de la télétransmission des décomptes. En cas de refus, cochez ici :)

ADRESSE :

CODE POSTAL : _____ - VILLE :

EMAIL :

TÉLÉPHONE FIXE : _____ - PORTABLE : _____

COTISATIONS EN % PMSS POUR LES CADRES :

		COTISATIONS			
			CONFORT	SÉRÉNITÉ	EXCELLENCE
Régime général	STRUCTURE 1	Adulte	2,21%	2,30%	2,47%
		Enfant	+0,89%	+0,92%	+0,96%
	STRUCTURE 2	Tarif Unique	5,53%	5,76%	6,17%
	STRUCTURE 3	Isolé	2,21%	2,30%	2,47%
		Famille (ayants-droit obligatoires)	6,20%	6,46%	6,92%

Les cotisations pour vos ayants droit sont à ajouter au niveau de garanties choisi, et sont uniquement à la charge du salarié.

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 L'EMPLOYEUR

COTISATIONS EN % PMSS POUR LES NON CADRES :

			CONVENTIONNEL	TRANQUILLITÉ	OPTIMUM
Régime général	STRUCTURE 1	Adulte	0,77%	1,03%	1,09%
		Enfant	+0,54%	+0,72%	+0,76%
	STRUCTURE 2	Tarif Unique	1,94%	2,59%	2,73%
	STRUCTURE 3	Isolé	0,77%	1,03%	1,09%
		Famille (ayants-droit obligatoires)	2,17%	2,90%	3,06%

Les cotisations pour vos ayants droit sont à ajouter au niveau de garanties choisi, et sont uniquement à la charge du salarié.

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

CCN DE LA RESTAURATION RAPIDE - C9



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

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

A REMPLIR PAR LE SALARIÉ

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 DES AYANTS DROIT

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

POUR LES CADRES : Confort / Sérénité / Excellence - POUR LES NON CADRES : Conventionnel / Tranquillité / Optimum

➔ Je choisis d'affilier 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 / (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)	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 :

SG SANTE - TSA 40 012 - 51049 CHALONS EN CHAMPAGNE CEDEX.

*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

INFORMATION SUR VOTRE MUTUELLE

Les organismes assureurs

Contrat assuré par LA MUTUELLE FAMILIALE, SIREN 784 442 915, 52 rue d’Hauteville - 75010 PARIS ; membre de l’UGM Umanens, 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.

INFORMATION SUR VOTRE GESTIONNAIRE

Le Gestionnaire :

GEOZ (Nom commercial : AGEO PREVOYANCE – SGSanté), SNC enregistrée sous le R.C.S. 500 171939 à CHALONS-EN-CHAMPAGNE, dont le siège social est sis à l’adresse suivante :
Siège social: 14 RUE JOLIOT CURIE CS 30248 51010 CHÂLONS-EN-CHAMPAGNE CEDEX

AGEO - Siège social : 7, rue de Turbigo 75001 PARIS | SAS au Capital de 457 340 € - RCS 493 349 682 PARIS - Numéro ORIAS 150 013 50 - www.orias.fr - AGEO exerce comme courtier en assurance conformément aux dispositions de l’article L520-1-2 b sous le contrôle de l’ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - <https://acpr.banque-france.fr>. La liste des fournisseurs avec lesquels nous travaillons est à votre disposition sur simple demande.

AGEO Service Réclamation : 14, rue Joliot Curie CS 30248 51010 Châlons-en-Champagne Cedex
service.reclamation@ageo.fr - Notre Service Qualité enregistre, analyse et répond à vos réclamations et suggestions, parce que le Service Client est notre Engagement - Notre Médiateur : La Médiation de l’assurance Pôle CSCA TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 - le.mediateur@mediation-assurance.org - www.mediation-assurance.org (après saisie de notre service réclamation / Article L 152-2 du code de la consommation)

INFORMATION 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...).

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). Contacter le DPO de GEOZ(Nom commercial:AGEO PREVOYANCE –SGSanté),SNC enregistrée sous le R.C.S. 500 171939àCHALONS-EN-CHAMPAGNE, dont le siège social est sis à l’adresse suivante :

Siège social : 14 RUE JOLIOT CURIE CS 30248 51010 CHÂLONS-EN-CHAMPAGNE CEDEX. 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 : UMANENS - DROIT DE RETRACTATION ADHESION A DISTANCE - 40 BD RICHARD LENOIR 75011 PARIS. 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.