

Bulletin d'adhésion : régime des actifs

Date d'embauche

Date d'effet de l'adhésion



Cadre réservé
à la Mutuelle UMC :

Délai de carence : ☐

Code conseiller :

Cachet de l'entreprise :

Numéro de Contrat :

☐ Adhésion d'un nouveau salarié et/ou de ses ayants droit *

☐ Ajout d'un bénéficiaire*

(Complétez uniquement les informations relatives au(x) bénéficiaire(s) ajouté(s))

☐ Changement de garanties*

Choix du niveau de garantie* :

Base : ☐ Option 1 : ☐ Option 2 : ☐ Option 3 : ☐

Référence entreprise :

Pour toute modification du dossier
« salarié », ou ajout de bénéficiaire,
indiquez le numéro d'adhérent UMC :

Numéro Sécurité sociale

* Selon les dispositions contractuelles, statutaires et réglementaires.

N° d'Immatriculation Assurance maladie Obligatoire ou N° d'Assurance sociale agricole	Régime (a)	Nom en capitales	Prénom	Sexe (b)	Statut (c)	Date de naissance
	Adhérent					
	Conjoint					
	1er Enfant					
	2e Enfant					
	3e Enfant					
	4e Enfant					
	5e Enfant					
	Autre personne à charge					

a) INDICHER : (1) Assuré social régime général ou régime Alsace Moselle ; (2) MSA ; (3) TNS ; Autres, précisez

b) INDICHER : M = masculin - F = féminin

c) INDICHER : C = à charge de l'adhérent - J = à charge du conjoint - Autres personnes à charge : la notion de personnes à charge s'entend au sens de l'Assurance maladie.

ADRESSE

CODE POSTAL

TELEPHONE DOMICILE

TELEPHONE TRAVAIL

E.mail :

☐ J'accepte de recevoir par mail des informations de la part de la Mutuelles UMC (1)

PROFESSION*

Ouvrier / employé ☐

Agent de maîtrise / Technicien ☐

Ingénieur ou Cadre ☐

Retraité ☐

*Ces données sont collectées à des fins
statistiques et non pas de caractères
obligatoires

☐ J'opte pour le relevé de remboursements par courrier électronique (pour bénéficier de ce service, vous devez obligatoirement accepter le versement de vos remboursements par virement bancaire).

Par défaut les prestations des bénéficiaires autonomes âgés de plus de 16 ans sont versées sur le compte bancaire de ces derniers (voir au dos).
Vous pouvez renoncer à cette possibilité en cochant la case ci-dessous.

☐ Je renonce à ce que les prestations de chacun des bénéficiaires soient réglées sur des comptes bancaires séparés.
Je souhaite que les prestations de l'ensemble des bénéficiaires soient versées sur un compte bancaire unique.

« Je soussigné(e) demande pour mon compte et mes ayants droits inscrits, l'adhésion au contrat collectif « Régime Actifs » conclu entre mon employeur (ou la personne morale) et la Mutuelle UMC ; mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN n° 529 168 007.

- Je m'engage à me conformer aux dispositions contractuelles et statutaires de la mutuelle.

- J'autorise la mutuelle à faire éventuellement toutes opérations pour mon compte auprès de l'Assurance maladie obligatoire et des concentrateurs techniques en charge du tiers payant et en particulier à transmettre toute information me concernant, nécessaire à la mise en œuvre du service Noémie (transmission automatique des décomptes de l'Assurance maladie), ainsi qu'à communiquer mes coordonnées aux partenaires de la Mutuelle UMC.

Dans le cas contraire, j'informe par écrit le Service Contrats collectifs de mon refus. »

- Je reconnais avoir reçu et avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur de la mutuelle, et des notices d'information.

Pour toute adhésion à un contrat collectif à caractère facultatif, je dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Je déclare sincère et véritable l'ensemble des renseignements indiqués.

Fait à :

Le :

SIGNATURE :
Précédée de la mention
« Lu et approuvé »

Bulletin d'adhésion Mutuelle

Pour faciliter l'enregistrement de votre adhésion, nous vous prions de remplir soigneusement ce document et de joindre toutes les pièces justificatives demandées. Dans le cas contraire, le dossier vous sera retourné.

Rappel des pièces à fournir

- 📧 **Le présent bulletin d'adhésion dûment complété et signé**
- 📧 **Si d'ajout d'ayants droit, le certificat de radiation de moins de 3 mois de chacun des bénéficiaires**
- 📧 **Une photocopie de l'attestation Vitale** pour le salarié et chacun des ayants droits inscrits.
- 📧 **Un relevé d'identité bancaire** pour le paiement des prestations. Pour les ayants droits de plus de 16 ans, sauf refus exprès de leur part, le virement des prestations s'effectue sur un compte bancaire différent. Dans ce cas, nous vous remercions de joindre le RIB du ou des ayants droits concerné(s).
- 📧 **Si vos cotisations ne sont pas prélevées sur votre Bulletin de salaire : complétez et signez le mandat ci-joint.**

LOI N° 89-1009 DU 31 DECEMBRE 1989

Art. 9 – Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

DECRET N° 90-769 DU 30 AOUT 1990

Art. 2 – Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit la date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

(1) Loi Informatique et Libertés 78-17 du 6 janvier 1978.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, les réponses aux rubriques du présent bulletin d'adhésion sont obligatoires à l'exception de celles présentées comme facultatives. Elles sont destinées aux entités du Groupe UMC et à tout tiers autorisé afin d'assurer la gestion et le suivi des garanties dont vous et vos ayants droit bénéficiez. Elles peuvent être transmises à des partenaires à des fins de prospection commerciale.

Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre ☐

Vous disposez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'accès et de communication, de modification et de suppression des données vous concernant. Ces droits peuvent être exercés auprès de la Mutuelle UMC – Correspondante Informatique et Libertés – 35 rue Saint-Sabin – 75534 PARIS CEDEX 11 ou à : **contact.cil@mutuelle-umc.fr**



Mutuelle UMC

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
Immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 529 168 007
Siège social : 35 rue Saint-Sabin – 75011 Paris – Tél. : 01 49 29 49 29
Adresse postale : 35 RUE SAINT SABIN 75534 PARIS CEDEX 11
www.mutuelle-umc.fr

