

Bulletin d'adhésion : Régime des Actifs



Cadre réservé UMC :

Délai d'attente: ☐

Code
conseiller :

Cachet de l'entreprise :

Numéro de Contrat :

Date d'embauche

Date d'effet de l'adhésion

☐ 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 d'Adhérent

* selon les dispositions contractuelles, statutaires et réglementaires.

N° d'immatriculation Sécurité sociale 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 : (0) Assuré social régime général ; (1) MSA ; (2) TNS ; (3) SNCF ; (4) Assuré Social Régime Alsace Moselle ; 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 des mutuelles UMC et de ses partenaires(1)

BUREAU DISTRIBUTEUR

PORTABLE

POSTE

PROFESSION*

Ouvrier / employé ☐
Agent de maîtrise / Technicien ☐
Ingénieur ou Cadre ☐
Retraité ☐
TNS ☐

*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 versées 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 conclu entre mon employeur (ou la personne morale) et la mutuelle; mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, inscrite au RNM sous le numéro.....; mutuelle substituée par l'UMC, Union de mutuelles régie par le Livre II du Code de la mutualité, RNM 784 491 995.

- Je m'engage à me conformer aux dispositions des statuts et du règlement 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 Sécurité sociale), ainsi qu'à communiquer mes coordonnées aux partenaires de l'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 »

Code action :

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.

99-003-052010

Rappel des pièces à fournir

- 📎 **Le bulletin d'adhésion dûment complété et signé**
- 📎 **En cas 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 vous 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 différent. Dans ce cas, 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 l'autorisation de prélèvement

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 n° 78 – 17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, les réponses aux rubriques du bulletin d'adhésion, à l'exception de la rubrique profession, sont obligatoires. Elles sont destinées à la Mutuelle et à l'UMC, responsable du traitement afin d'assurer la gestion et le suivi des garanties dont vous et vos ayants droit bénéficiez. Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez, ainsi que vos ayants-droit d'un droit individuel d'accès et de rectification pour toutes informations contenues dans nos fichiers, en vous adressant à l'UMC, Service contrat collectif, 35 rue Saint-Sabin – 75534 Paris cedex 11.

En application de l'article L.211-5 du code de la mutualité, L'Union Nationale Interprofessionnelle des Mutuelles Cogérées dite UMC (35 rue Saint-Sabin, 75011 Paris) se substitue intégralement à la mutuelle, inscrite au Registre National des Mutuelles sous le n°, pour la constitution des garanties d'assurance maladie, accident et décès offertes aux membres participants de la mutuelle et à leurs ayants droit ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches 1,2 et 20, tels qu'ils sont définis dans les contrats collectifs et qui font partie intégrante de la convention de substitution. Si l'agrément accordé à l'UMC lui est retiré, le bulletin d'adhésion sera résilié le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur.



Union nationale interprofessionnelle des Mutuelles Cogérées - UMC

Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
RNM : 784 491 995

Siège social 35 / 37 rue Saint-Sabin – 75011 Paris – www.mutuelles-umc.fr

Adresse postale : 35 rue Saint-Sabin – 75534 Paris cedex 11

