# BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

CCN DES BUREAUX D'ÉTUDES TECHNIQUES, DES CABINETS D'INGÉNIEURS-CONSEILS ET DES SOCIÉTÉS DE CONSEILS

**CADRE RÉSERVÉ UMANENS - À REMPLIR PAR LE CONSEILLER COMMERCIAL**

**CODE VENDEUR : 001_00_B / CODE APPORTEUR (N° ORIAS) :** |__|__|__|__|__|__|__|__|__| R

umanens L'humain a du sens

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

**A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR**

## ENTREPRISE (CONTRAT EC_UBT|__|__|__|__|__|__|)

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

CATÉGORIE DU RÉGIME APPLICABLE AU SALARIÉ : ☐ Ensemble du personnel / ☐ 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).

## IDENTIFICATION DU SALARIÉ

DATE D'EFFET DE L'AFFILIATION : |__|__| / |__|__| / |2|0|__|__| DATE D'ENTRÉE DANS L'ENTREPRISE : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

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

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 FIXE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| - PORTABLE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

## COTISATIONS EN EUROS

A titre indicatif retrouvez les cotisations en équivalent € sur umanens.fr

| | | CHOIX 1 | | | CHOIX 2 | | CHOIX 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | BASE Régime obligatoire | OPTION 1 | OPTION 2 | OPTION 1 Régime obligatoire | OPTION 2 | OPTION 2 Régime obligatoire |
| Régime Général | Salarié + Enfant(s) à charge | 47,00€ | +11,00€ | +25,00€ | 54,00€ | +14,00€ | 66,00€ |
| | + Conjoint (facultatif) | +32,00€ | +8,00€ | +18,00€ | +40,00€ | +18,00€ | +50,00€ |
| Régime Local (Alsace-Moselle) | Salarié + Enfant(s) à charge | 29,00€ | +11,00€ | +25,00€ | 38,00€ | +14,00€ | 50,00€ |
| | + Conjoint (facultatif) | +20,00€ | +8,00€ | +18,00€ | +28,00€ | +18,00€ | +38,00€ |

**Selon le régime obligatoire mis en place par votre employeur, vous pourrez choisir un niveau de garanties supérieur, le surplus de cotisation sera entièrement à votre charge. Les cotisations pour votre ayant droit sont à ajouter au niveau de garanties choisi, et uniquement à votre charge.**

## SIGNATURE EMPLOYEUR ET CACHET

Fait à : .....

Le : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

## SIGNATURE SALARIÉ(E)

Fait à : .....

Le : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies.

Les statuts et la notice d'information sont disponibles auprès de votre employeur. Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par La Mutuelle Familiale pour la gestion de votre contrat. Elles sont conservées pendant toute la durée de votre affiliation et sont destinées au gestionnaire du contrat. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : La Mutuelle Familiale - 52 rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10. Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : https://conso.bloctel.fr/

# BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

CCN DES BUREAUX D'ÉTUDES TECHNIQUES, DES CABINETS D'INGÉNIEURS-CONSEILS ET DES SOCIÉTÉS DE CONSEILS

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

Umanens L'humain a du sens

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

S'il y a modification de garanties facultatives, cela nécessite une demande écrite adressée avant le 31/10 de l'année pour effet au 01/01 de l'année suivante.

**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 ENFANTS A TITRE OBLIGATOIRE

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

Nombre d'enfants à charge : |__|__|

➡ **J'affilie à titre obligatoire mes enfants :**

Chaque ayant droit bénéficiera des mêmes garanties que vous.

| | NOM | PRÉNOM | SEXE (M/F) | DATE DE NAISSANCE | N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (de rattachement, le cas échéant) | TÉLÉ TRANSMISSION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Enfant 1 | | | |__| |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| | ☐ OUI ☐ NON |
| Enfant 2 | | | |__| |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| | ☐ OUI ☐ NON |
| Enfant 3 | | | |__| |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| | ☐ OUI ☐ NON |
| Enfant 4 | | | |__| |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| | ☐ OUI ☐ NON |

## AFFILLIATION AUX GARANTIES OPTIONNELLES ET AFFILIATION DU CONJOINT A TITRE FACULTATIF

En cas d'affiliation aux garanties facultatives, 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)

➡ **Je choisis d'affilier à titre facultatif mon (ma) conjoint(e) :** ☐ Oui / ☐ Non

☐ 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 : ☐)

Votre ayant droit bénéficiera des mêmes garanties que vous.

## 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 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 :**

**Gestion Branche Umanens - TSA 60 002 - 75487 Paris Cedex 10.**

## 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 ☐

Les statuts et la notice d'information sont disponibles auprès de votre employeur. Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par La Mutuelle Familiale pour la gestion de votre contrat. Elles sont conservées pendant toute la durée de votre affiliation et sont destinées au gestionnaire du contrat. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : La Mutuelle Familiale - 52 rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10. Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : https://conso.bloctel.fr/