

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

CCN DES BUREAUX D'ETUDES TECHNIQUES, CABINETS D'INGENIEURS-CONSEILS
ET SOCIETES DE CONSEILS



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 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 : ____/____/20____ 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

RÉGIME GENERAL	BASE			OPTION I		OPTION 2
	Base Régime obligatoire	Option I	Option 2	Régime obligatoire et Option I	Option 2	Régime obligatoire et Option 2
Salarié + Enfant(s) à charges	47,00 €	+11,00 €	+25,00 €	54,00 €	+14,00 €	66,00 €
+ Conjoint (Facultatif)	+29,00 €	+8,00 €	+18,00 €	+37,00 €	+18,00 €	+47,00 €

RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE	BASE			OPTION I		OPTION 2
	Base Régime obligatoire	Option I	Option 2	Régime obligatoire et Option I	Option 2	Régime obligatoire et Option 2
Salarié + Enfant(s) à charges	29,00 €	+11,00 €	+25,00 €	38,00 €	+14,00 €	50,00 €
+ Conjoint (Facultatif)	+19,00 €	+8,00 €	+18,00 €	+27,00 €	+18,00 €	+37,00 €

Selon le régime collectif obligatoire choisi par l'employeur, les cotisations facultatives pour les options et le conjoint sont à ajouter à la cotisation de base (en gras dans le tableau-case grisée). La cotisation facultative sera prélevée mensuellement sur votre compte bancaire en début de mois.

SIGNATURE EMPLOYEUR ET CACHET

Fait à :

Le : ____/____/____

SIGNATURE SALARIÉ(E)

Fait à :

Le : ____/____/____

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies et je reconnais avoir pris connaissance des statuts de la mutuelle.

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

CCN DES BUREAUX D'ETUDES TECHNIQUES, CABINETS D'INGENIEURS-CONSEILS
ET SOCIETES DE CONSEILS



DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

**EN CAS DE MODIFICATION DE VOTRE SITUATION,
MERCİ DE COMPLÉTER UNIQUEMENT CETTE PAGE.**

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 de personnes 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			<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

AFFILIATION 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 personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la gestion de votre contrat. Elles peuvent être communiquées aux partenaires de la Mutuelle uniquement aux fins d'exécution des garanties souscrites. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux informations qui vous concernent, droit que vous pouvez exercer auprès de La Mutuelle Familiale 52, rue d'Hauteville, 75487 Paris Cedex 10. Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 784 442 915.