

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 : _____ B / CODE APORTEUR (N° ORIAS) : _____ R

umanens
L'humain a du sens

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

(CONTRAT EC_UBT _____)

ENTREPRISE

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

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



DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

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

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			<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 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/>