



BULLETIN D’AFFILIATION ET D’ADHESION INDIVIDUELLE

REGIME FRAIS DE SANTE

« **CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE** » ET

« **CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF** »

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES COMMISSAIRES – PRISEURS JUDICIAIRES ET OPERATEURS DE VENTES VOLONTAIRES

> **L’ADHERENT**

N°ADHERENT : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NOM : _____

N° DE SIREN : _____

LIEU DE TRAVAIL : _____

DATE D’EMBAUCHE : |_|_|_|_|_|_| DATE D’AFFILIATION : |_|_|_|_|_|_|

GARANTIES SOUSCRITES PAR L’ENTREPRISE :

Contrat d’assurance collective du régime frais de santé « Contrat socle collectif obligatoire » n° CCN016100/00 (à remplir par l’Adhérent)

Contrat Surcomplémentaire Collectif n°CCN016102/00

STATUT DU SALARIE :

Ensemble du personnel

Personnel Cadre (salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)

Personnel Cadre et article 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)

Personnel Non Cadre y compris article 36 (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)

Personnel Non Cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)

Je soussigné, certifie que le salarié ci-dessous désigné, fait partie des effectifs de l’Adhérent à la date de signature de la présente déclaration.

Fait à _____ le _____ Signature et cachet de l’Adhérent

> **LE PARTICIPANT**

M. Mme Nom : _____ Prénom : _____

Nom de Jeune fille : _____

N° Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date de naissance : |_|_|_|_|_|_| Situation : célibataire. concubin(e) divorcé(e) marié(e) pacsé(e) séparé(e) veuf(ve)

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ e-mail : _____

(en complétant votre adresse e-mail vous acceptez de recevoir vos décomptes de remboursement ainsi que vos avis d’échéance par mail)

> VOS GARANTIES

→ Vous bénéficiez du contrat d'assurance collective du régime frais de santé « Contrat socle collectif obligatoire » n° CCN016100/00 souscrit par votre employeur.

→ Si votre employeur a souscrit au contrat surcomplémentaire collectif

- A titre obligatoire → vous êtes automatiquement affilié à l'option retenue par votre entreprise

A titre facultatif → souhaitez-vous-y adhérer ? OUI (cochez l'option choisie) : OPTION 1 ou OPTION 2

L'appel des cotisations du contrat surcomplémentaire collectif facultatif s'effectue sur votre compte.

NON

Si vous souscrivez le contrat surcomplémentaire collectif facultatif, les bénéficiaires au titre de ce contrat sont identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat socle collectif obligatoire.

L'adhésion des membres de la famille prend effet à la même date d'affiliation que celle du salarié. À défaut, l'adhésion des membres de la famille prend effet à la date de l'évènement dans le cas d'une affiliation suite à un changement de situation familiale, et dans les autres cas, au 1^{er} janvier, sous réserve que le salarié en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

> COUVERTURE FACULTATIVE

Demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture Frais de santé mon conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale CCN016101 et, le cas échéant, CCN016102/01

L'adhésion du conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale prend effet :

- à la même date d'affiliation que le participant, lorsque la demande d'extension est faite simultanément lors de son affiliation
- à défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation,
- à défaut au 1^{er} janvier, sous réserve que le participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

L'appel des cotisations concernant l'extension facultative des garanties au conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale s'effectue sur votre compte :

OUI NON

	Nom	Prénom	Sexe (M ou F)	Né(e) le	N° SS	Situation (3)
Conjoint (1)						

(1) conjoint, pacsé, concubin non à charge au sens de la Sécurité sociale

COTISATIONS au titre de la couverture facultative :

- au titre du contrat socle collectif obligatoire CCN016101,

- si vous l'avez souscrit, au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif CCN016102/01

à la charge exclusive du salarié

Extension facultative du conjoint non à charge Sécurité sociale COTISATIONS EN % DU PMSS				
Régime de Sécurité sociale	Régime de Base CCN016101		Régime surcomplémentaire CCN016102/01	
	Régime Général	Régime Local	Option 1	Option 2
Conjoint non à charge SS	1,28 %	0,77 %	+0,39 %	+0,95 %

Les cotisations correspondantes ci-dessus s'additionnent aux cotisations du salarié. Elles sont à sa charge exclusive et prélevées sur son compte bancaire.

Périodicité de prélèvement choisie mensuelle trimestrielle annuelle

> BENEFICIAIRES A GARANTIR

	Nom	Prénom	Sexe (M ou F)	Né(e) le	N° SS	Situation (3)
Conjoint (1)						
Enfant 1 (2)						
Enfant 2						
Enfant 3						
Enfant 4						
Enfant 5						

(1) conjoint, pacsé, concubin au sens du contrat socle collectif obligatoire

(2) enfant à charge au sens du contrat socle collectif obligatoire

(3) Situation: 1= scolaire 2=étudiant, 3= apprenti ,4= recherche d'un emploi, inscrit au pôle emploi, 5=invalidé, 6= autre (préciser)

Afin de permettre le remboursement rapide de mes frais de santé, j'autorise la télétransmission de mes décomptes par ma Caisse d'Assurance Maladie à Humanis Prévoyance.

Je joins à mon bulletin les pièces justificatives indiquées ci-après.

J'atteste avoir reçu un exemplaire des notices d'information référencées «NI-CCN Commissaires - Priseurs -santé- 2016» et «NI-CCN Commissaires – Priseurs -santé- 2016 -surcomplémentaire collectif ». (sur lesquelles figurent en annexe les garanties).

Par ma signature, j'accepte que les données de santé que je communique en vue de permettre le règlement des prestations fassent l'objet de traitements (y compris informatisés) sous le contrôle du Médecin-conseil de Humanis Prévoyance.

A _____ le _____ **Signature du salarié précédée de la mention « lu et approuvé »**

Je souhaite recevoir des informations sur les offres, produits et services du groupe Humanis par e-mail par sms. Si vous avez coché la (les) case(s) ci-dessus, vos coordonnées personnelles sont collectées pour les besoins de votre demande d'informations, mais sont également susceptibles d'être utilisées à des fins d'information sur les offres, produits et services proposés par le groupe Humanis et ses partenaires en charge d'activités confiées par le groupe.

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous bénéficiez du droit de vous inscrire gratuitement sur la liste dite « Bloctel » d'opposition au démarchage téléphonique, accessible par le lien www.bloctel.gouv.fr, conformément aux dispositions des articles L.223-1 à L223-7 du code de la consommation. Toutefois, tant que le contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, cette inscription n'interdit pas à la Mutuelle de vous démarcher téléphoniquement si vous ne vous êtes pas opposé auprès de la Mutuelle, à l'adresse mentionnée ci-dessus, à l'utilisation de vos coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

Pour faciliter l'enregistrement de l'affiliation

1. Ecrivez en lettre capitales.
2. N'oubliez pas de remplir :
 - le tableau des bénéficiaires à garantir,
 - la périodicité de paiement de votre cotisation (inutile si seule votre affiliation à titre obligatoire est demandée par la présente déclaration).
3. **Joignez les pièces suivantes :**
 - **Photocopies de l'attestation jointe à votre Carte Vitale et celle pour chaque bénéficiaire, assuré social en propre.**
 - **joindre un mandat de prélèvement** (inutile si seule votre affiliation à titre obligatoire est demandée par la présente déclaration) **et selon votre situation :**
 - copie du livret de famille (conjoint marié),
 - photocopie de l'attestation de PACS (pacsé),
 - attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins ainsi que tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...)
 - s'agissant des enfants : certificat de scolarité, copie du contrat d'apprentissage, de professionnalisation ou d'insertion, attestation d'inscription au Pôle Emploi, carte d'invalidité...
4. **Datez et signez votre déclaration**
5. Transmettez le tout : - HUMANIS PREVOYANCE 348 rue du Puech Villa BP 7209 34183 MONTPELLIER CEDEX 4