

# BULLETIN D’AFFILIATION ET D’ADHESION INDIVIDUELLE

## CONTRATS STANDARDS SURCOMPLEMENTAIRES « SANTE FROID » et CONTRAT STANDARD « SANTE FROID PLUS »

> L’ADHERENT

N°ADHERENT : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

RAISON SOCIALE : \_\_\_\_\_

N° SIREN : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

LIEU DE TRAVAIL : \_\_\_\_\_

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

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.

→ GARANTIES SOUSCRITES :

Contrat standard surcomplémentaire « SANTE FROID »

Garanties Premium à adhésion collective obligatoire du salarié CCN015310

Garanties Premium Plus à adhésion collective obligatoire du salarié CCN015311

Garanties Premium à adhésion collective facultative des salariés CCN015320

Garanties Premium Plus à adhésion collective facultative des salariés CCN015321

Contrat standard « SANTE FROID PLUS » à adhésion collective facultative du salarié CCN015341

→ STATUT DU SALARIE :

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

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

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

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

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

→ Si votre employeur a souscrit au contrat standard surcomplémentaire « SANTE FROID » n°CCN015310 (Premium) ou n°CCN015311 (Premium Plus) à adhésion collective obligatoire du salarié, vous en bénéficiez. Souhaitez-vous faire adhérer vos ayants-droit si l'affiliation de ceux-ci est facultative ?  OUI  NON

→ Si votre employeur a souscrit au contrat standard surcomplémentaire « SANTE FROID » à adhésion collective facultative du salarié (n°CCN015320 ou n°CCN015321), vous avez la possibilité d'y adhérer :  
 Souhaitez-vous y adhérer ?  OUI  NON  
 Souhaitez-vous faire adhérer vos ayants-droits si l'affiliation de ceux-ci est facultative ?  OUI  NON

En tout état de cause, l'adhésion au contrat n°CCN015320 ou n°CCN015321 est exclusive de toute adhésion au contrat « surcomplémentaire » n°CCN015102.

→ Si votre employeur a souscrit au contrat standard « SANTE FROID PLUS » à adhésion collective facultative n°CCN015341 en sus du contrat standard surcomplémentaire « SANTE FROID » n°CCN015310 à adhésion collective obligatoire, vous avez la possibilité d'y adhérer :  
 Souhaitez-vous y adhérer ?  OUI  NON  
 Souhaitez-vous faire adhérer vos ayants-droits si l'affiliation de ceux-ci est facultative ?  OUI  NON

Si vous bénéficiez du contrat standard « SANTE FROID » à adhésion collective obligatoire ou si vous souscrivez au contrat standard « SANTE FROID » ou « SANTE FROID PLUS » à adhésion collective facultative, les **bénéficiaires au titre de ces contrats sont identiques**, en tout état de cause, à ceux affiliés au régime conventionnel frais de santé des Entreprises d'installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéraulique, thermique, frigorifique et connexes n°CCN015100 assuré par Humanis Prévoyance.

> **COTISATIONS au titre de la couverture des ayants droit à titre facultatif à la charge exclusive du salarié**

<b>COTISATIONS EN % DU PMSS</b> <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale)</i>	
<b>CCN015310</b>	
Conjoint	<b>+ 0.87 %</b>
Par enfant à charge <sup>(1)</sup>	<b>+ 0.31 %</b>
<b>CCN015311</b>	
Conjoint	<b>+ 1.92 %</b>
Par enfant à charge <sup>(1)</sup>	<b>+ 0.86 %</b>
<b>CCN015320</b>	
Conjoint	<b>+ 1.05 %</b>
Par enfant à charge <sup>(1)</sup>	<b>+ 0.38 %</b>
<b>CCN015321</b>	
Conjoint	<b>+ 2.31 %</b>
Par enfant à charge <sup>(1)</sup>	<b>+ 1.04 %</b>
<b>CCN015341</b>	
Conjoint	<b>+ 1.25 %</b>
Par enfant à charge <sup>(1)</sup>	<b>+ 0.66 %</b>
<sup>(1)</sup> <i>gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant</i>	

**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 pour les cotisations à la charge exclusive du salarié :

mensuelle  trimestrielle  annuelle

> **BENEFICIAIRES A GARANTIR** (moyennant le paiement des cotisations correspondantes)

	Nom	Prénom	Sexe (M ou F)	Né(e) le	N° SS	Situati on <sup>(3)</sup>
Conjoint <sup>(1)</sup>						
Enfant 1 <sup>(2)</sup>						
Enfant 2 <sup>(2)</sup>						
Enfant 3 <sup>(2)</sup>						
Enfant 4 <sup>(2)</sup>						
Enfant 5 <sup>(2)</sup>						

<sup>(1)</sup> conjoint, pacsé, concubin au sens du contrat socle collectif obligatoire

<sup>(2)</sup> enfant à charge au sens du contrat socle collectif obligatoire

<sup>(3)</sup> 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 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, les données à caractère personnel 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 vous inscrire gratuitement sur la liste dite « Bloctel » d'opposition au démarchage téléphonique accessible par le lien [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr), conformément aux dispositions des articles L. 223-1 à L. 223-7 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 Humanis Prévoyance de vous démarcher téléphoniquement si vous ne vous êtes pas opposé auprès de Humanis Prévoyance, 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.

Je joins à mon bulletin les pièces justificatives indiquées au recto.

J'atteste avoir reçu un exemplaire des notices d'information référencées « NI-SANTE FROID –FS 11.15 - obligatoire » et « NI-SANTE FROID –FS 11.15 - facultatif » (sur lesquelles figurent les garanties).

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du salarié précédée de la mention « lu et approuvé »

L'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

## **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

### **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**

### **et selon votre situation :**

- copie du livret de famille (conjoint marié),
- photocopie de l'attestation de PACS (Partenaire 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 ou de professionnalisation, attestation d'inscription au Pôle Emploi, carte d'invalidité ou carte de mobilité inclusion...

### **4. Dater et signez votre déclaration**

### **5. Transmettez le tout : - Centre de gestion Humanis :**

Humanis  
348 rue Puech Villa  
BP 7209  
Parc Euromédecine  
34183 Montpellier cedex 4

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations que vous nous communiquez sont traitées par l'organisme assureur, responsable de traitement, ou l'organisme gestionnaire par délégation.

Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance.

En cas de conclusion d'un contrat, vos données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance.

En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, vos données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant de votre part (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). Vous trouverez l'ensemble des durées de conservation de vos données sur le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement de vos données personnelles ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : [protection-donneespersonnelles@humanis.com](mailto:protection-donneespersonnelles@humanis.com) ou à Groupe HUMANIS – cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 MALAKOFF Cedex. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Nous pouvons vous demander de nous fournir un justificatif d'identité pour confirmer votre identité avant de répondre à votre demande.

Pour en savoir plus, consultez le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

En tout état de cause, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Humanis Prévoyance – Institution de prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale – Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°410 005 110 – Siège social : 29, Boulevard Edgar Quinet 75014 Paris – Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09