

BULLETIN D’AFFILIATION ET D’ADHESION INDIVIDUELLE

CONTRAT STANDARD « SANTE FROID » SCENARIO 3 – GROUPE FERME

> L’ADHERENT

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

NOM : _____

N° DE SIRET : _____

LIEU DE TRAVAIL : _____

GARANTIES SOUSCRITES :

Contrat standard « SANTE FROID »

Garanties Premium à adhésion collective facultative des salariés CCN015330

Garanties Premium Plus à adhésion collective facultative des salariés CCN015331

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.

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

→ Votre employeur a souscrit au contrat standard « SANTE FROID » à adhésion collective facultative du salarié (n°CCN015330 ou n°CCN015331), vous avez la possibilité d’y adhérer :

Souhaitez-vous y adhérer ? OUI NON

> COTISATIONS au titre de la couverture des ayants droit à titre facultatif

à la charge exclusive du salarié

COTISATIONS EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3218 euros en 2016)</i>	
CCN015330	
Conjoint	+ 0.35 %
Par enfant à charge ⁽¹⁾	+ 0.05 %
CCN015331	
Conjoint	+ 1.51 %
Par enfant à charge ⁽¹⁾	+ 0.66 %
<i>(1) gratuité à compter du 3^{ème} 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 mensuelle trimestrielle annuelle

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

	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 au recto.

Les garanties figurent en annexe. La notice d'information me sera remise par mon employeur

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

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 ou de professionnalisation, attestation d'inscription au Pôle Emploi, carte d'invalidité...

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