

➤ **LE PARTICIPANT**

M. Mme NOM : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

N° de 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 e-mail)

➤ **VOS GARANTIES**

Vous bénéficiez du contrat socle collectif obligatoire frais de santé « Humanis Santé HCR » souscrit par votre employeur. Souhaitez-vous faire adhérer vos ayants-droit si l'affiliation de ceux-ci est facultative ?

OUI NON

→ Si votre employeur a souscrit le contrat surcomplémentaire collectif facultatif « Humanis Santé HCR », vous avez la possibilité d'y adhérer. Souhaitez-vous y adhérer ?

OUI NON

Option choisie :

- Niveau 1
 Niveau 2
 Niveau 3

Souhaitez-vous faire adhérer vos ayants-droit si l'affiliation de ceux-ci est facultative ?

OUI NON

L'affiliation des ayants-droit prend effet à la même date d'affiliation que celle du salarié lorsque la demande en est faite simultanément. A défaut, l'affiliation des ayants-droit 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 1er janvier, sous réserve que le salarié en fasse la demande auprès de l'INSTITUTION avant le 30 novembre de l'année précédente.

Si vous souscrivez au contrat surcomplémentaire collectif facultatif « Humanis Santé HCR », **les bénéficiaires au titre de ces contrats sont identiques**, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé HCR ».

➤ COTISATIONS

Les cotisations ci-dessous sont à votre charge exclusive. Elles sont prélevées **mensuellement**.

EXTENSION FACULTATIVE DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE AUX AYANTS DROIT

CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE

Cotisations à la charge exclusive du salarié

COTISATIONS MENSUELLES EN EUROS	Régime	Structure de cotisations	Niveau de base	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
		Général	Conjoint	32,20 Euros	46,41 Euros	58,26 Euros
Enfant*			24,85 Euros	34,74 Euros	39,05 Euros	45,10 Euros
Alsace Moselle		Conjoint	23,00 Euros	32,48 Euros	40,77 Euros	49,06 Euros
		Enfant*	17,75 Euros	24,31 Euros	27,33 Euros	31,56 Euros

* gratuité à compter du 3^e enfant

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF : NIVEAU 1, NIVEAU 2, NIVEAU 3

Cotisations à la charge exclusive du salarié

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF NIVEAU 1 ET/OU NIVEAU 2 ET/OU NIVEAU 3 EN COMPLEMENT DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE NIVEAU DE BASE :

Les cotisations s'entendent en plus de celles du contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé HCR » Niveau 1

COTISATIONS MENSUELLES EN EUROS	Structure de cotisations	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
		Salarié	+ 14,21 Euros	+ 26,06 Euros
Conjoint		+ 16,35 Euros	+ 29,97 Euros	+ 43,59 Euros
Enfant*		+ 11,37 Euros	+ 16,34 Euros	+ 23,29 Euros

* gratuité à compter du 3^e enfant

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF NIVEAU 2 ET/OU NIVEAU 3 EN COMPLEMENT DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE NIVEAU 1 :

Les cotisations s'entendent en plus de celles du contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé HCR » Niveau 1

COTISATIONS MENSUELLES EN EUROS	Structure de cotisations		Niveau 2	Niveau 3
	Salarié		+ 11,85 Euros	+ 23,69 Euros
	Conjoint		+ 13,63 Euros	+ 27,24 Euros
	Enfant*		+ 4,96 Euros	+ 11,92 Euros

* gratuité à compter du 3^e enfant

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF NIVEAU 3 EN COMPLEMENT DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE NIVEAU 2 :

Les cotisations s'entendent en plus de celles du contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé HCR » Niveau 2

COTISATIONS MENSUELLES EN EUROS	Structure de cotisations		Niveau 3
	Salarié		+ 11,85 Euros
	Conjoint		+ 13,62 Euros
	Enfant*		+ 6,95 Euros

* gratuité à compter du 3^e enfant

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

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

⁽¹⁾ conjoint(e), pacsé(e), concubin(e) au sens des contrats

⁽²⁾ enfant à charge au sens des contrats

⁽³⁾ Situation : 1 = scolaire ; 2 = étudiant ; 3 = apprenti ; 4 = recherche d'emploi, inscrit au pôle emploi ; 5 = invalide ; 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 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.

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

Je reconnais avoir préalablement à la signature du présent bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle, reçu et pris connaissance du Document d'Information Produit référencé « DIP/HP/HUMANIS SANTE HCR-surcomplémentaire responsable salarié/102018 ».

J'atteste avoir reçu un exemplaire des notices d'information référencées « NI/ Humanis Santé HCR socle /FS 07.16 » et « NI/ Humanis Santé HCR surcomplémentaire /FS 07.16 » (sur lesquelles figurent en annexe les garanties), des Conditions générales d'utilisation médicale valant notice d'information complémentaire référencées « CGU Téléconsultation 01.2017 », de la notice d'information complémentaire référencée « Itelis 01.2018 » et de la notice d'information Assistance référencée F17S0494.

Fait à _____ le |_|_|_|_|_|_|_|_|

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

En tout état de cause, l'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications règlementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Pour faciliter l'enregistrement de l'affiliation

- 1. Ecrivez en lettres capitales.**
- 2. N'oubliez pas de remplir :**
 - le tableau des bénéficiaires à garantir,
- 3. Joignez obligatoirement les pièces suivantes :**
 - photocopie de l'attestation jointe à votre Carte Vitale et celle pour chaque bénéficiaire, assuré social en propre,
 - un mandat de prélèvement SEPA

et selon votre situation :

 - photocopie 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...)

et 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. Dated et signez votre déclaration.**
- 5. Transmettez le tout au Centre de gestion**

Humanis Prévoyance
41931 BLOIS CEDEX 6
Tél : 09 77 40 05 50
Fax : 02 54 57 44 27

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 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 Prudenciel et de Résolution : 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS Cedex 09

Les garanties assistance sont portées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL – Société anonyme au capital de 3 500 000 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le n°433 012 689 – Siège sociale : 108, Bureaux de la Colline 92213 SAINT CLOUD Cedex