



BULLETIN D’AFFILIATION ET D’ADHESION INDIVIDUELLE

REGIME FRAIS DE SANTE

« **CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF** »

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L’HÔTELLERIE DE PLEIN AIR

> **L’ADHERENT** (à remplir par l’adhérent)

N°ADHERENT : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NOM : _____

N° DE SIREN : _____

LIEU DE TRAVAIL : _____

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

GARANTIES SOUSCRITES PAR L’ENTREPRISE :

Contrat Socle Collectif obligatoire

→ **Contrat Surcomplémentaire Collectif**

Adhésion collective obligatoire :

- OPTION 1 CCN017301/00
ou OPTION 2 CCN017302/00
ou OPTION 3 CCN017304/00
ou OPTION 4 CCN017304/00

Adhésion collective facultative :

- OPTION 1 CCN017303
ou OPTION 2 CCN017303
ou OPTION 3 CCN017305/00
ou OPTION 4 CCN017305/00

MODALITES D’APPEL DE COTISATIONS :

Au titre d’un contrat collectif surcomplémentaire à adhésion facultative :

- Appel de cotisation collectif (auprès de l’entreprise),
 Appel de cotisation individuel (auprès du Participant)

Au titre de l’extension facultative aux membres de la famille :

- Appel de cotisation collectif (auprès de l’entreprise),
 Appel de cotisation individuel (auprès du Participant),

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

> 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= invalide, 6= autre (préciser)

> COTISATIONS

Périodicité de prélèvement choisie pour les cotisations à la charge exclusive du salarié, appelées auprès de celui-ci :

Mensuelle trimestrielle semestrielle annuelle

EXTENSION FACULTATIVE DU CONTRAT DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF A ADHESION OBLIGATOIRE AUX MEMBRES DE LA FAMILLE (CCN017101)

Les cotisations sont celles de l'année en cours et sont susceptibles d'évolution au 1^{er} janvier de l'année suivante, selon les dispositions mentionnées aux Conditions Générales régissant votre contrat.

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire. Elles sont à la charge exclusive du salarié.

| COTISATIONS EN % DU PMSS (plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 311 euros en 2018) | | |
|---|-----------------|-----------------------------|
| Régime de Sécurité sociale | Régime Général | Régime local Alsace Moselle |
| Conjoint | + 0,99 % | + 0,40 % |
| Par enfant à charge ⁽¹⁾ | + 0,65 % | + 0,27 % |
| ⁽¹⁾ gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant | | |

EXTENSION FACULTATIVE DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF A ADHESION OBLIGATOIRE AUX MEMBRES DE LA FAMILLE (CCN017301/01 – CCN017302/01 - CCN017304/01)

Les cotisations sont celles de l'année en cours et sont susceptibles d'évolution au 1^{er} janvier de l'année suivante, selon les dispositions mentionnées aux Conditions Générales régissant votre contrat.

I - Options surcomplémentaires 1 et 2

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire. Elles sont à la charge exclusive du salarié.

| COTISATIONS EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 311 euros en 2018)</i> | | |
|--|--|--|
| | Option 1 (CCN017301/01) souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire | Option 2 (CCN017302/01) souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire |
| Conjoint | + 0,15 % | + 0,31 % |
| Par enfant à charge ⁽¹⁾ | + 0,12 % | + 0,25 % |
| <i>⁽¹⁾ gratuité à compter du 3^{ème} enfant</i> | | |

II - Options surcomplémentaires 3 et 4

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire. Elles sont à la charge exclusive du salarié.

| COTISATIONS EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 311 euros en 2018)</i> | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | Option 3 (CCN017304/01) | | | Option 4 (CCN017304/01) | | |
| | Souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire | Souscrite en complément de l'option surcomplément aire 1 obligatoire | Souscrite en complément de l'option surcomplément aire 2 obligatoire | Souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire | Souscrite en complément de l'option surcomplément aire 1 obligatoire | Souscrite en complément de l'option surcomplément aire 2 obligatoire |
| Conjoint | + 0,68 % | + 0,53 % | + 0,37 % | + 1,10 % | + 0,95 % | + 0,79 % |
| Par enfant à charge ⁽¹⁾ | + 0,40% | + 0,28 % | + 0,15 % | + 0,63 % | + 0,51 % | + 0,38 % |
| <i>⁽¹⁾ gratuité à compter du 3^{ème} enfant</i> | | | | | | |

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE (CCN017303 - CCN017305/00 – CCN017305/01)

Les cotisations sont celles de l'année en cours et sont susceptibles d'évolution au 1^{er} janvier de l'année suivante, selon les dispositions mentionnées aux Conditions Générales régissant votre contrat.

I - Options surcomplémentaires 1 et 2

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire. Elles sont à la charge exclusive du salarié.

| Contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative CCN017303 COTISATIONS EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 311 euros en 2018)</i> | | | |
|---|---|--|---|
| | OPTION 1 (CCN017303) souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire | OPTION 2 (CCN017303) | |
| | | Souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire | Souscrite en complément de l'option surcomplémentaire 1 obligatoire |
| Participant seul | + 0.16 % | + 0.32 % | + 0,19 % |
| Extension facultative aux membres de la famille | | | |
| Conjoint | + 0.18 % | + 0.37 % | + 0,22 % |
| Par enfant à charge ⁽¹⁾ | + 0.14 % | + 0.30 % | + 0,18 % |
| <i>(¹⁾ gratuité à compter du 3^{ème} enfant</i> | | | |

II – Options surcomplémentaires 3 et 4

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire. Elles sont à la charge exclusive du salarié.

| COTISATIONS EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 311 euros en 2018)</i> | | | | | | |
|--|--|---|---|--|---|---|
| | Option 3 | | | Option 4 | | |
| | Souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire | Souscrite en complément de l'option surcomplément aire 1 obligatoire | Souscrite en complément de l'option surcomplément aire 2 obligatoire | Souscrite en complément du contrat socle collectif obligatoire | Souscrite en complément de l'option surcomplément aire 1 obligatoire | Souscrite en complément de l'option surcomplément aire 2 obligatoire |
| Participant seul (CCN017305/00) | + 0,69 % | + 0,56 % | + 0,42 % | + 1,11 % | + 0,98 % | + 0,84 % |
| Extension facultative aux membres de la famille | | | | | | |
| Conjoint (CCN017305/01) | + 0,79 % | + 0,64 % | + 0,48 % | + 1,27 % | + 1,12 % | + 0,96 % |
| Par enfant à charge ⁽¹⁾ (CCN017305/01) | + 0,45% | + 0,33 % | + 0,20 % | + 0,73 % | + 0,61 % | + 0,48 % |
| <i>(¹⁾ gratuité à compter du 3^{ème} enfant</i> | | | | | | |

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 de la notice d'information qui me sera remise par mon employeur

Je souhaite recevoir des informations sur les offres, produits et services du groupe Humanis :

par e-mail par sms

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 du groupe Humanis ou des personnes habilitées par lui.

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

En application des dispositions du code monétaire et financier, l'Organisme Assureur met en œuvre un traitement de données à caractère personnel afin de répondre à ses obligations légales en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Ces informations sont conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de la fin de la relation.

Conformément aux dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel, l'Adhérent peut exercer son droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 3 Place de Fontenoy, 75007 Paris.

Les données personnelles que vous nous communiquez via ce formulaire sont nécessaires à la gestion de votre contrat. Elles sont destinées exclusivement aux entités composant le groupe Humanis ainsi qu'aux partenaires du groupe en charge d'activités confiées par ce dernier. Conformément aux dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant à exercer par courriel à contact-cnll@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe Humanis – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Vous disposez également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données. Vos données personnelles sont conservées pendant une durée maximale de cinq années à compter de la fin des relations contractuelles vous liant au groupe Humanis. Le groupe prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données personnelles.

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

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. **Datez 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