

BULLETIN D’AFFILIATION ET D’ADHESION INDIVIDUELLE

« CONTRAT SOCLE COLLECTIF FACULTATIF ET CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FRAIS DE SANTE »

> L’ADHERENT

N°ADHERENT : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NOM : _____

N° DE 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.

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° CRI2017001S/00 souscrit par votre employeur.

→ Souhaitez-vous faire bénéficier votre famille (conjoint / enfants / ascendants tels que désignés ci-après) :

- du contrat d'assurance collective du régime frais de santé « Contrat socle collectif facultatif n°CRI2017001S/02» :

OUI NON

L'adhésion des membres de la famille prend effet à la même date d'affiliation que celle du salarié lorsque la demande d'extension est faite simultanément lors de son affiliation. À défaut, l'adhésion des membres de la famille prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception par l'Institution de la demande d'extension familiale.

→ Si votre employeur a souscrit le contrat standard « surcomplémentaire » à adhésion collective facultative n°CRI2017001S/04, vous avez la possibilité d'y adhérer :

Souhaitez-vous y adhérer ? OUI NON Niveau 1 ou Niveau 2

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

Si vous bénéficiez du contrat standard « surcomplémentaire » à adhésion collective obligatoire ou si vous souscrivez au contrat standard « surcomplémentaire » à adhésion collective facultative, les bénéficiaires au titre de ces contrats sont identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat d'assurance collective du régime frais de santé.

> COTISATIONS

CONTRAT SOCLE COLLECTIF FACULTATIF (EXTENSION FACULTATIVE AUX MEMBRES DE LA FAMILLE)

Les cotisations sont à la charge exclusive du salarié.

| COTISATIONS MENSUELLES EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 311 euros en 2018)</i> | | |
|---|-----------------------|------------------------------|
| Régime de Sécurité sociale | | |
| | Régime Général | Régime Alsace Moselle |
| Conjoint ou concubin | 1,10 % | 0,66 % |
| Par enfant à charge⁽¹⁾ | 0,60 % | 0,36 % |
| Conjoint + enfant(s) | 2,84 % | 1,70 % |
| Par ascendant | 1,10 % | 0,66 % |

⁽¹⁾ gratuité à compter du 3^{ème} enfant

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE

COTISATIONS COMPLEMENTAIRES A CELLES DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE (CRI2017001S/00)
ET CONTRAT SOCLE COLLECTIF FACULTATIF (CRI2017001S/02)

Les cotisations sont à la charge exclusive du salarié.

| Option 1 | | |
|---|-----------------------|------------------------------|
| COTISATIONS MENSUELLES EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 311 euros en 2018)</i> | | |
| Régime de Sécurité sociale | | |
| | Régime Général | Régime Alsace Moselle |
| Salarié | +0,45% | +0,45% |
| Conjoint ou concubin | +0,45% | +0,45% |
| Par enfant à charge | +0,26% | +0,26% |
| Conjoint + enfant(s) | + 1,10% | +1,10% |
| Par ascendant | + 0,45% | +0,45% |

⁽¹⁾ gratuité à compter du 3^{ème} enfant

| Option 2 | | |
|--|----------------|-----------------------|
| COTISATIONS MENSUELLES EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 311 euros en 2018)</i> | | |
| Régime de Sécurité sociale | | |
| | Régime Général | Régime Alsace Moselle |
| Salarié | +0,88% | +0,88% |
| Conjoint ou concubin | +0,98% | +0,98% |
| Par enfant à charge | +0,51% | +0,51% |
| Conjoint + enfant(s) ⁽¹⁾ | + 2,15% | +2,15% |
| Par ascendant | + 0,98% | +0,98% |

⁽¹⁾ gratuité à compter du 3^{ème} enfant

Périodicité de prélèvement choisie pour les cotisations à la charge exclusive du salarié :

mensuelle trimestrielle semestrielle 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 = 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 joins à mon bulletin les pièces justificatives indiquées ci-après.

J'atteste avoir reçu un exemplaire de la notice d'information référencées «NI-Accord Agri-FS 07.17 », le cas échéant « NI/HP/Agri Hors Accord socle/FS 07.17» et le cas échéant « NI/HP/ hors accord Surcomp/FS 07.17 », la notice d'information Assistance référencée F17S 0494, la notice d'information Itelis 01.2018 et des Conditions générales d'utilisation médicale référencées CGU Téléconsultation 01.2017.

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.

Fait à _____ 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 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 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 :

- 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.

et s'agissant des ascendants :

- copie du dernier avis d'imposition

4. Dater et signez votre déclaration

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

HUMANIS PREVOYANCE
TSA 47 371
34 186 MONTPELLIER Cedex 4
Tél : 09.77.40.06.80

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.