



malakoff médéric
humanis

SANTÉ – PRÉVOYANCE – RETRAITE – ÉPARGNE

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

**ACCORD COLLECTIF DEPARTEMENTAL
FRAIS DE SANTE DU 4 DECEMBRE 2015 DU VAR**

**BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION
REGIME FRAIS DE SANTE**

Adhésion Modification d’adhésion

Cadre à remplir par l’adhérent (employeur)

RAISON SOCIALE DE L’ENTREPRISE :

N° DE SIRET/SIREN : _____ **N° ENTREPRISE :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

STATUT DU PARTICIPANT (salarié) : Non affilié à l’AGIRC **DATE D’EMBAUCHE :** |_|_|_|_|_|

Salariés non affiliés à l’AGIRC bénéficiaires d’un contrat de travail à durée indéterminée ou d’un contrat travail d’une durée de plus de 3 mois (CJ CRI2010020S/00)

Salariés non affiliés à l’AGIRC seul au contrat de travail suspendu sans rémunération ou indemnisation par l’employeur (hors arrêt de travail) (CJ CRI2010020S/01) à l’issue de la période de gratuité de 3 mois (joindre une attestation de votre employeur avec les dates de début et fin du congé)

Date de rupture du contrat de travail : |_|_|_|_|_|

Salarié bénéficiant du régime obligatoire et souhaitant couvrir ses ayants-droit (conjoint et/ou enfant(s) (CJ CRI2010020S/02)

Date d’affiliation : |_|_|_|_|_|

■ LE PARTICIPANT

M. Mme Mlle Nom : _____ Prénom : _____

Nom de Jeune fille : _____

N° Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date de naissance : |_|_|_|_|_| (jour, mois, année)

Adresse : _____ Ville : _____

Code Postal : _____ Numéro de Téléphone : _____ e-mail : _____

BAAI --VAR-- FS --01.2019

■ AUTRES BENEFICIAIRES

Souhaitez-vous étendre la couverture Frais de santé à votre famille (conjoint et/ou enfant(s)) : OUI NON

(A compléter selon les bénéficiaires garantis)

Conjoint/ concubin/ partenaire lié par un PACS (rayer les mentions inutiles)

M. Mme Mlle Nom : _____ Prénom: _____

Nom de Jeune fille : _____

N° Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (jour, mois, année)

Enfant(s) à charge :

	NOM	Prénom	Sexe (M ou F)	Né(e) le	Situation *
Enfant 1					
Enfant 2					
Enfant 3					
Enfant 4					
Enfant 5					

* d'enfant à charge au sens du régime : 1= scolaire 2=étudiant, 3=apprenti ,4=recherche d'un 1^{er} emploi inscrit au pôle emploi,
5 = salarié revenus<RSA ; 6=invalidé,

Documents à joindre impérativement :

- Pour tout enfant à charge de 18 ans et plus : photocopie du certificat de scolarité ou tout autre justificatif de la situation*
- Pour la mise en place de la télétransmission (procédure Noémie) : Afin de permettre le remboursement rapide de mes frais de soins de santé, j'autorise la télétransmission de mes décomptes par mon régime de base à HUMANIS PREVOYANCE. Je joins les photocopies des attestations jointes à ma carte Vitale de tous les bénéficiaires.
- Pour le virement direct des prestations sur votre compte : relevé d'identité bancaire
- Pour la couverture des ayants-droit et les périodes de suspension du contrat de travail : le mandat de prélèvement SEPA.

Les bénéficiaires au titre de ce contrat doivent être identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat socle collectif.

L'adhésion des membres de la famille prend effet à la même date d'affiliation/adhésion du salarié lorsque la demande d'extension est faite simultanément lors de son affiliation et/ou adhésion.

Les garanties prennent effet au 1er jour du mois civil suivant la réception du Bulletin d'Adhésion Individuelle.

Les cotisations contractuelles de la couverture du régime frais de santé socle pour les salariés en contrat de travail suspendu sont fixées au 1^{er} janvier 2019 à :

COTISATIONS MENSUELLES EN % DU PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale)	
Participant non affiliés à l'AGIRC bénéficiaire d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat travail d'une durée de plus de 3 mois (CJ CRI2010020S/00)	
Salarié seul	1,00 % du PMSS *

Les cotisations contractuelles de la couverture du régime optionnel supplémentaire frais de santé sont fixées au 1^{er} janvier 2019 à :

- Pour le salarié seul :

COTISATIONS MENSUELLES EN % DU PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale)	
Participant non affiliés à l'AGIRC seul au contrat de travail suspendu sans rémunération ou indemnisation par l'employeur (hors arrêt de travail) - CJ CRI2010020S/01	
Salarié seul	1,00 % du PMSS *

- Pour les ayants droit du salarié :

COTISATIONS MENSUELLES EN % DU PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale)	
Participant bénéficiant du régime obligatoire et souhaitant couvrir ses ayants-droit (conjoint et/ou enfant(s) (CJ CRI2010020S/02)	
Extension Famille (Conjoint + enfant(s))	2,58 % du PMSS *
Extension Par enfant (gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant)	0,85% du PMSS *

* *PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale (égal à 3 377 € euros en 2019).*

L'assiette de ces cotisations est assise sur les Tranches A et B soumises à cotisations sociales :

- Tranche A : fraction de la rémunération brute annuelle au plus égale au plafond annuel de la Sécurité sociale,
- Tranche B : fraction de la rémunération brute annuelle comprise entre le plafond annuel de la Sécurité sociale et quatre fois celui-ci

A _____ le _____
Signature du participant

A _____ le _____
Cachet et visa de l'entreprise contractante

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion du contrat, dans le respect des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel. Les données 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 précitées, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant à exercer par courriel à contact-cnil@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe Malakoff Médéric 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 deux 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 conformément aux dispositions légales susvisées