



BULLETIN D’AFFILIATION ET D’ADHESION INDIVIDUEL

REGIME FRAIS DE SANTE CCN DE LA BRANCHE DE L’AIDE, DE L’ACCOMPAGNEMENT, DES SOINS ET DES SERVICES A DOMICILE

> VOTRE ENTREPRISE

N°ENTREPRISE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

RAISON SOCIALE: _____

N° DE SIRET : _____

LIEU DE TRAVAIL : _____

Déclaration d’affiliation du salarié au régime de base conventionnel obligatoire « Base Prime » n°CCN03100/02 - CCN930100S-A (à remplir par l’entreprise) :

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

Je soussigné, certifie que le salarié ci-dessous désigné, fait partie des effectifs de l’entreprise à la date de signature de la présente déclaration.

Fait à _____ le _____ Signature et cachet de l’entreprise

> LE PARTICIPANT

M. Mme Mlle Nom : _____ Prénom : _____

Nom de Jeune fille : _____

N° Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ e-mail : _____

Régime Sécurité sociale : Régime général Régime Alsace-Moselle

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..

> COUVERTURE FACULTATIVE

Demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture Frais de santé à ma famille (conjoint et/ou enfants à charge tels que désignés ci-après)

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, au 1er jour du mois qui suit la date de réception par Humanis Prévoyance de la demande d'extension.

L'extension vaut également pour le régime optionnel ci-après si vous optez pour celui-ci.

Demande l'adhésion, à titre facultatif, au régime optionnel n° CCN003101/02 – CCN930101/01S-A – CCN930101/02S-A (cochez la formule choisie)

FORMULE BASE CONFORT

FORMULE CONFORT PLUS

Vous adhérez pour vous-même et, le cas échéant, les membres de votre famille pour lesquels vous aurez retenu l'extension de la couverture Frais de santé. La formule choisie s'applique à l'ensemble des bénéficiaires.

> COTISATIONS au titre des couvertures facultatives

Mensuelles, en pourcentage du PMSS, à la charge exclusive du salarié

Régime SS	Base Prime (obligatoire salarié) Facultative famille		Base confort facultative			Confort Plus facultative		
	Conjoint	Enfant *	Salarié	Conjoint	Enfant*	Salarié	Conjoint	Enfant*
Régime Général	1,381	0,717	0,435	0,468	0,196	0,702	0,802	0,293
Alsace-Moselle	0,897	0,466						

* gratuité à partir du 3ème enfant assuré.

Si le régime optionnel "Base confort" ou "Confort Plus" est choisi, les cotisations correspondantes ci-dessus s'additionnent aux cotisations du régime "Base Prime". Elles sont à la charge exclusive du salarié et prélevées sur son compte bancaire. Il en est de même de la cotisation "Base Prime" du conjoint et/ou des enfants.

Périodicité de prélèvement choisie mensuelle trimestrielle

> 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 régime

(2) enfant à charge au sens du régime

(3) Situation: 1= scolaire, 2= étudiant, 3= formation en alternance (apprenti...), 4= recherche d'un 1^{er} emploi, inscrit au pôle emploi, 5 = salarié revenus<RSA ; 6= invalide,

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.

J'accepte de recevoir des informations sur les offres, produits et services du groupe Humanis (courrier, téléphone, SMS, MMS, email).

Le Participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société OPPOSETEL, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret – 10 000 TROYES.

Toutefois, tant que le présent contrat est en cours, cette inscription n'interdit pas à l'Institution de démarcher téléphoniquement le Participant si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de l'Institution, à l'adresse suivante :

« Groupe HUMANIS – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex », à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application de la loi dite « Informatique et Libertés » n°78-17 du 06/01/1978.

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

Les garanties figurent dans la notice d'information qui me sera remise par mon employeur.

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 d'Humanis Prévoyance ;

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

Pour faciliter l'enregistrement de l'adhésion

1. Ecrivez en lettre capitales.

2. N'oubliez pas de remplir :

- le tableau des bénéficiaires à garantir en cas d'extension de couverture,
- la formule de couverture optionnelle choisie le cas échéant,
- l'autorisation de prélèvement automatique et la périodicité de paiement de votre cotisation (**inutile si seule votre affiliation au régime de base obligatoire est demandée par le présent bulletin**).

3. **Joignez les pièces suivantes :**

- **Photocopies de l'attestation jointe à votre Carte Vitale et celle pour chaque bénéficiaire, assuré social en propre.**
- **Votre relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne.**
- **Une copie de votre pièce d'identité**

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 les deux derniers avis d'imposition (concubin)
- s'agissant des enfants : certificat de scolarité, copie de la carte d'étudiant, copie du contrat de formation en alternance ou attestation d'inscription au Pôle Emploi.

4. **Datez et signez votre bulletin**

5. Transmettez le tout :

- à votre entreprise s'il s'agit de votre affiliation au régime de base conventionnel obligatoire;
- au Centre de gestion HUMANIS Prévoyance : TSA 40022, 59049 Lille CEDEX dans les autres cas.