

## BULLETIN D'AFFILIATION ET D'ADHESION INDIVIDUELLE

### CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF « CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ENTREPRISES D'ARCHITECTURE »

> L'ADHERENT

N°ADHERENT : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

NOM : \_\_\_\_\_

N° DE SIRET : \_\_\_\_\_

LIEU DE TRAVAIL : \_\_\_\_\_

DATE D'EMBAUCHE : |\_|\_|\_|\_|\_|\_| DATE D'AFFILIATION : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

GARANTIES SOUSCRITES PAR L'ENTREPRISE :

Régime socle obligatoire conventionnel « Accord du 5 juillet 2007 relatif au régime de mutuelle complémentaire » n° CCN510100

Régime Surcomplémentaire :

à adhésion obligatoire : CCN510101 (appel de cotisation auprès de l'entreprise)

à adhésion facultative : CCN510102 (appel de cotisation auprès du salarié)

STATUT DU SALARIE :

Personnel Cadre

Personnel Non Cadre

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. L'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications règlementaires incombant aux entreprises d'assurance.

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 : \_\_\_\_\_

## > VOS GARANTIES

→ Vous bénéficiez du régime socle obligatoire conventionnel « Accord du 5 juillet 2007 relatif au régime de mutuelle complémentaire » souscrit par votre employeur tel que défini ci-dessus.

→ Si votre employeur a souscrit le contrat surcomplémentaire collectif :

- A adhésion obligatoire n° CCN510101, vous êtes automatiquement affilié au contrat.
- A adhésion facultative n° CCN510102, vous avez la possibilité d'y adhérer.  
Souhaitez-vous y adhérer ?  OUI  NON

Si vous bénéficiez du contrat surcomplémentaire collectif facultatif, les bénéficiaires au titre de ce contrat sont identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat socle obligatoire conventionnel

## > COTISATIONS

### CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF OBLIGATOIRE

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du régime socle obligatoire conventionnel de l'Accord du 5 juillet 2007 relatif au régime de mutuelle complémentaire. L'appel des cotisations s'effectue auprès de l'entreprise.

COTISATIONS EN POURCENTAGE DU PMSS*	Régime général et Régime Alsace Moselle
Structure de cotisations	
Salarié	0,27 %
Couple	0,53 %
Famille	0.72 %

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale, 3 311 euros en 2018

### CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du régime socle obligatoire conventionnel de l'Accord du 5 juillet 2007 relatif au régime de mutuelle complémentaire. L'appel des cotisations s'effectue auprès de chaque salarié individuellement.

COTISATIONS EN POURCENTAGE DU PMSS	Régime général et Régime Alsace Moselle
Structure de cotisations	
Salarié	0,28 %
Couple	0,57 %
Famille	0,77 %

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale, 3 311 euros en 2018

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

(2) enfant à charge au sens du contrat

(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 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.

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

Les garanties figurent en annexe. La notice d'information me sera remise par mon employeur

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature du salarié précédée de la mention « lu et approuvé »

### **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 relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne.**

- **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 :

348 rue du Puech Villa

BP 7209

34186 MONTPELLIER CEDEX 4

Tél : 09-77-40-06-60 (appel non surtaxé)

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 communiquées sont traitées par l'Institution, responsable de traitement, ou par 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, les 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, ces données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du Participant (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). L'ensemble des durées de conservation des données sont précisées sur le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

Le Participant peut demander l'accès, la rectification, l'effacement de ses données personnelles ainsi que limiter ou s'opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : [protection-donneespersonnelles@humanis.com](mailto:protection-donneespersonnelles@humanis.com) ou à Groupe HUMANIS – cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 MALAKOFF Cedex. Le Participant peut également demander la portabilité des données qu'il a fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis. Un justificatif d'identité pourra être demandé par l'Institution pour confirmer l'identité du Participant avant de répondre à sa demande.

Le site internet du groupe HUMANIS peut être consulté pour de plus amples informations à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

En tout état de cause, le Participant peut saisir directement la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Le Participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, peut s'inscrire gratuitement sur la liste dite « Bloctel » d'opposition au démarchage téléphonique, accessible par le lien [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr), conformément aux dispositions des articles L223-1 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 l'Institution de démarcher téléphoniquement le Participant si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de l'Institution, à l'adresse mentionnée ci-dessus, à l'utilisation de ses coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des 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 – Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09

## ANNEXE : GARANTIES

		Remboursement total dans la limite des frais réels sous déduction de la Sécurité Sociale	
Garanties CCN des Entreprises d'Architecture		Régime de Base	Régime Optionnel
<b>Frais d'hospitalisation</b>			
<b>Chirurgie - Hospitalisation</b>			
Frais de séjour		300% BR	400% BR
Honoraires CAS (1)		300% BR	400% BR
Honoraires Non CAS		200% BR	200% BR
Forfait actes lourds	couverture aux frais réels, actuellement : 18 €	couverture aux frais réels, actuellement : 18 €	couverture aux frais réels, actuellement : 18 €
Forfait hospitalier	couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour
<b>Chambre particulière par jour</b>			
Conventionnée		100 % des FR dans la limite de 3% du PMSS	100 % des FR dans la limite de 3% du PMSS
Non conventionnée		non couverte	100% der FR dans la limite de 3% du PMSS
<b>Personne accompagnante</b>			
Conventionnée		100 % des FR dans la limite de 1,5% du PMSS	100 % des FR dans la limite de 1,5% du PMSS
Non conventionnée		non couverte	100% der FR dans la limite de 3% du PMSS
<b>Frais médicaux</b>			
Consultations - visites Généralistes CAS		140% BR	240% BR
Consultations - visites Généralistes Non CAS		120% BR	200% BR
Consultations - visites Spécialistes CAS		170% BR	320% BR
Consultations - visites Spécialistes Non CAS		150% BR	200% BR
Pharmacie		100% BR	100% BR
Vaccins non remboursés par la Ss	1,5% du PMSS par an et par bénéficiaire	1,5% du PMSS par an et par bénéficiaire	1,5% du PMSS par an et par bénéficiaire
Analyses		100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux		100% BR	100% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) CAS		145% BR	145% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) Non CAS		125% BR	125% BR
Radiologie CAS		100% BR	100% BR
Radiologie Non CAS		100% BR	100% BR
Orthopédie et autres prothèses		160%BR	260% BR
Prothèses Auditives	20% du PMSS par oreille (2 oreilles par an max)	30% du PMSS par oreille (2 oreilles par an max)	30% du PMSS par oreille (2 oreilles par an max)
Transport accepté par la Sécurité sociale		100% BR	100% BR
<b>Dentaire</b>			
Soins dentaires		100% BR	100% BR
Soins dentaires avec dépassements		170% BR	250% BR
<b>Orthodontie</b>			
Acceptée par la Sécurité sociale		250% BR	350% BR
Refusée par la sécurité sociale		non couverte	250% BR
<b>Prothèses dentaires (2)</b>			
Remboursées: dents du sourire (3)		470% BR	570% BR
Remboursées: dents de fond de bouche		320% BR	420% BR
Inlays-cores		170% BR	250% BR
Non remboursées par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire		non couverte	5% du PMSS par an et par bénéficiaire
<b>Parodontologie</b>			
		5% du PMSS par an et par bénéficiaire	12% du PMSS par an et par bénéficiaire
<b>Implantologie par an et par bénéficiaire</b>			
		15% du PMSS par an et par bénéficiaire	25% du PMSS par an et par bénéficiaire

<b>OPTIQUE</b>		
<b>Verres</b>	Grille Régime N°1 (4)	Grille Régime N°2 (4)
<b>Montures</b>		
<b>Lentilles</b>	6% du PMSS par an et par bénéficiaire	10% du PMSS par an et par bénéficiaire
Prescrites : Acceptée, refusée, jetables		
<b>Chirurgie réfractive (par œil)</b>	22% du PMSS par œil	32% du PMSS par œil
<b>DIVERS</b>		
<b>Cures Thermales (hors thalassothérapie)</b>		
Acceptée par la Sécurité sociale	10% du PMSS par an et par bénéficiaire	15% du PMSS par an et par bénéficiaire
Refusée par la sécurité sociale	non couverte	250% BR
<b>Médecines douces (Ostéopathie, Etiopathie, Acuponcteur,...)</b>		
Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels	5 x 25 €, par an et par bénéficiaire	5 x 50 €, par an et par bénéficiaire
<b>Ostéodensitométrie osseuse</b>		
Par bénéficiaire	non couverte	100 € par an et par bénéficiaire
<b>Actes de Prévention</b>		
Tous les actes des contrats responsables	oui au ticket modérateur	oui au ticket modérateur
Patch anti-tabac	non couverte	2% du PMSS par an et par bénéficiaire

(1) CAS : Médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins

(2) Limite à 3 prothèses dentaires par année civile remboursées par la Sécurité sociale et par bénéficiaire. Au-delà, la garantie appliquée est celle du décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 (125% BR)

(3) Dents du sourire : ce sont les Incisives - Canines - Premières Prémolaires

Ces dents correspondent au num&ro de dent 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 31 / 32 / 33 / 34 / 41 / 42 / 43 / 44

(4) Conformément au Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement d'un équipement optique, composé d'une monture et de deux verres, n'est possible que tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle.