

# **BULLETIN D'AFFILIATION ET D'ADHESION INDIVIDUELLE**

« CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE AU REGIME FRAIS DE SANTE DES DETAILLANTS EN CHAUSSURES» ET CONTRAT STANDARD « SURCOMPLEMENTAIRE »

> l	L'ADHERENT		N°ADHEREN	NT: _ _ _			
N°	DE SIRET :						
DA	TE D'EMBAUCHE	:	DATE D'AFF	ILIATION :			
	soussigné, certifie la présente déclara		ci-dessous désigné,	fait partie des effectifs	s de l'Adh	iérent à la date	e de signature
Fai	t à	le	Signature	et cachet de l'Adhérei	nt		
>	LE PARTICIPA	NT					
	M. □Mme Nom :			Prénom :			
Nor N°	m de Jeune fille : _ Sécurité sociale : l			Date de nais arié(e) □pacsé(e) □se	sance : I		 
Situ	uation : 🗖 célibatair						·I
Cod	resse : de Postal :	Ville :					
Tél	éphone :	so o mail vous acc	e-mail :	écomptes de rembourseme	nt ainsi aug	vos avis d'ácháa	nco par mail)
(CII (	completant votre acres	se e-mail vous acc	ceptez de recevoir vos de	scomptes de rembodiseme	nt amor que	vos avis a ecilea	nice pai maii)
> \	OS GARANTIE	ES					
$\rightarrow$	Vous bénéficiez d n° CCN020100/00			u régime frais de sante	é « Contr	at socle collec	tif obligatoire »
$\rightarrow$	Souhaitez-vous fa	ire bénéficier v	votre famille (conjoin	t et/ou enfants à charç	ge tels qu	e désignés ci-	après) :
	<ul> <li>du contrat d'</li> <li>□ OUI</li> </ul>		ollective du régime NON	frais de santé « C	Contrat s	ocle collectif	obligatoire » :
	demande d'ex	tension est fait effet au 1 <sup>er</sup> j	ite simultanément loi	et à la même date d'af rs de son affiliation. À suit la date de récep	défaut, l'a	adhésion des r	membres de la
$\rightarrow$		CN020201), v	vous avez la possibili	d ≪ surcomplémentair ité d'y adhérer : □ Niveau 1	e» à ac	lhésion collect	tive facultative
	·			llectif facultatif s'effectue			

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

#### EXTENSION FACULTATIVE DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE AUX MEMBRES DE LA FAMILLE

Les cotisations correspondantes ci-dessus s'additionnent aux cotisations du salarié. Elles sont à la charge exclusive du salarié.

Extension Facultative aux membres de la Famille n°CCN020100/01									
COTISATIONS EN % DU PMSS (plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3218 euros en 2016)	Régime général	Régime Alsace Moselle							
Conjoint	+ 1,21 %	+ 0,61 %							
Enfant <sup>(1)</sup>	+ 0,60 %	+ 0,30 %							

<sup>(1)</sup> Gratuité à compter du 3ème enfant

#### CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE

## GARANTIES NIVEAU 1 ET NIVEAU 2 FACULTATIVES N°CCN020101

Cotisations complémentaires à celles du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des détaillants en chaussures

COTISATIONS EN % DU PMSS (plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3218 euros en 2016)	Niveau 1 facultatif	Niveau 2 facultatif
Salarié	+ 0,68 %	+ 1,27 %

Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations du salarié :

Extension aux membres de la famille du participant										
COTISATIONS EN % DU PMSS (plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3218 euros en 2016)	Niveau 1 facultatif	Niveau 2 facultatif								
Conjoint	+ 0,78 %	+ 1,46 %								
Enfant <sup>(1)</sup>	+ 0,41 %	+ 0,76 %								

<sup>(1)</sup> gratuité à compter du 3ème enfant

# GARANTIES DU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE DU REGIME FRAIS DE SANTE CONVENTIONNEL DES DETAILLANTS EN CHAUSSURES ET NIVEAU 1 OBLIGATOIRE N°CCN020200 ET NIVEAU 2 FACULTATIF N°CCN020201

Les cotisations de la garantie Niveau 1 obligatoire s'entendent <u>y compris</u> les cotisations du contrat d'assurance collective du régime frais de santé conventionnel des détaillants en chaussures

Les Cotisations Niveau 2 sont complémentaires aux cotisations « niveau 1 obligatoire »

COTISATIONS EN % DU PMSS (plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3218 euros en 2016)	Niveau 2 facultatif
Salarié	+ 0,50 %

Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations du salarié :

Extension aux membres de la famille du participant											
COTISATIONS EN % DU PMSS	Régime	général	Régime Alsace Moselle								
(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3218 euros en 2016)	Niveau 1 obligatoire	Niveau 2 facultatif	Niveau 1 obligatoire	Niveau 2 facultatif							
Conjoint	+ 1,85 %	+ 0,58 %	+ 1,23 %	+ 0,58 %							
Enfant <sup>(1)</sup>	+ 0,94 %	+ 0,29 %	+ 0,63 %	+ 0,29 %							

<sup>(1)</sup> gratuité à compter du 3ème enfant

D 4 ml = -11 = 14 4	-l	بمصرحات الماميلة المسا		4! 2 1 -	charge exclusive	بكلم ما مصادم
Periodicite	ne nreieveme	NT CHAISIA NAI	III IAS COTISS	itione a la	Charde exciliciva	י בוז בובט ווה ב

☐ 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						

<sup>(1)</sup> conjoint, pacsé, concubin au sens du contrat socle collectif obligatoire

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.

<sup>(2)</sup> enfant à charge au sens du contrat socle collectif obligatoire

<sup>(3)</sup> Situation: 1 = scolaire, 2 = étudiant, 3 = apprenti, 4 = recherche d'un emploi, inscrit au pôle emploi, 5 = invalide, 6 = autre (préciser)

<ul><li>□ J'accepte téléphone, S</li></ul>			informat	ons	sur	les	offres,	produits	et	services	du	groupe	Humanis	(courrie
Je joins à m Les garantie		•	•			•			ise	par mon e	emp	loyeur		
A	 le			_ Siç	gnatu	re du	salarié p	récédée de	la r	mention « lu	u et a	approuvé	<b>»</b>	

# 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