

BULLETIN D’AFFILIATION ET D’ADHESION INDIVIDUELLE

« CONTRAT D’ASSURANCE COLLECTIVE AU REGIME FRAIS DE SANTE DE LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L’ENSEIGNEMENT PRIVE INDEPENDANT »

L’ENTREPRISE

N°ADHERENT : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

RAISON SOCIALE : _____

N° DE SIREN : _____

Pour les écoles concernées, déclaration d’ouverture du rectorat de _____

En date du : _____

LIEU DE TRAVAIL : _____

NOM DU SALARIE : _____ PRENOM : _____ congé parental

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

GARANTIES SOUSCRITES PAR L’ENTREPRISE AU TITRE DU CONTRAT D’ASSURANCE COLLECTIVE :

Régime de base obligatoire frais de santé de l’Enseignement Privé Indépendant :

- NIVEAU A contrat n°CCN024100
- NIVEAU B contrat n°CCN024100 / n°CCN024101
- NIVEAU C contrat n°CCN024100 / n°CCN024102
- NIVEAU D contrat n°CCN024100 / n°CCN024103

Garanties optionnelles frais de santé de l’Enseignement Privé Indépendant :

- Contrat d’assurance collective du régime frais de santé de l’Enseignement Privé Indépendant NIVEAU A et niveaux de garanties proposées à titre optionnel : NIVEAU B, NIVEAU C et NIVEAU D.
- Contrat d’assurance collective du régime frais de santé de l’Enseignement Privé Indépendant NIVEAU B et niveaux de garanties proposées à titre optionnel : NIVEAU C et NIVEAU D.
- Contrat d’assurance collective du régime frais de santé de l’Enseignement Privé Indépendant NIVEAU C et niveau de garanties proposé à titre optionnel : NIVEAU D.

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

L'ASSURE

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)

- J'autorise la télétransmission de mes décomptes par ma Caisse d'Assurance Maladie à Humanis Prévoyance (NOEMIE).
 Je n'autorise pas la télétransmission de mes décomptes par ma Caisse d'Assurance Maladie à Humanis Prévoyance (NOEMIE).

Attention, si vous renoncez, vous devrez envoyer à Humanis Prévoyance les décomptes originaux de votre caisse de Sécurité sociale pour bénéficier des prestations complémentaires. Pour refuser, vous devez le notifier par écrit ci-dessus en cochant la mention « Je n'autorise pas la télétransmission automatique ».

> GARANTIES ET COTISATIONS

Vous bénéficiez du contrat d'assurance collective obligatoire du régime frais de santé de l'Enseignement Privé Indépendant souscrit par votre employeur (cf notice d'information qui doit vous être remise par votre employeur).

- ✓ Vous pouvez faire bénéficier vos ayants droit du régime de base obligatoire frais de santé de l'Enseignement Privé Indépendant souscrit par votre employeur.
- ✓ Vous pouvez adhérer aux garanties optionnelles.

Si vous bénéficiez des garanties optionnelles, les bénéficiaires de ces garanties seront identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au régime de base conventionnel.

Veuillez effectuer votre (vos) choix dans le tableau ci-dessous, en fonction de la structure de cotisation choisie par votre employeur.

Les cotisations sont maintenues jusqu'au 31 décembre 2020 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité sociale.

➔ SI STRUCTURE DE COTISATION « SALARIE / CONJOINT / ENFANT / FAMILLE » CHOISIE PAR L'EMPLOYEUR :

	en %PMSS	Niveau A obligatoire Souscrit par l'entreprise		Niveau B obligatoire Souscrit par l'entreprise		Niveau C obligatoire Souscrit par l'entreprise		Niveau D obligatoire Souscrit par l'entreprise	
		RG	RL	RG	RL	RG	RL	RG	RL
		Salariné	0,98	0,36	1,60	0,97	1,91	1,28	2,27
Extension aux ayants droit	Conjoint	<input type="checkbox"/> + 1,08	<input type="checkbox"/> + 0,40	<input type="checkbox"/> + 1,76	<input type="checkbox"/> + 1,05	<input type="checkbox"/> + 2,10	<input type="checkbox"/> + 1,39	<input type="checkbox"/> + 2,49	<input type="checkbox"/> + 1,81
	Enfant *	<input type="checkbox"/> + 0,61	<input type="checkbox"/> + 0,23	<input type="checkbox"/> + 1,03	<input type="checkbox"/> + 0,64	<input type="checkbox"/> + 1,23	<input type="checkbox"/> + 0,83	<input type="checkbox"/> + 1,44	<input type="checkbox"/> + 1,05
	Famille	<input type="checkbox"/> + 2,77	<input type="checkbox"/> + 0,86	<input type="checkbox"/> + 3,82	<input type="checkbox"/> + 2,33	<input type="checkbox"/> + 4,56	<input type="checkbox"/> + 3,06	<input type="checkbox"/> + 5,37	<input type="checkbox"/> + 3,91
Souscription Garantie Optionnelle	Salariné	<input type="checkbox"/> B : + 0,58 <input type="checkbox"/> C : + 0,93 <input type="checkbox"/> D : + 1,33	<input type="checkbox"/> B : + 0,58 <input type="checkbox"/> C : + 0,93 <input type="checkbox"/> D : + 1,33	<input type="checkbox"/> C : + 0,38 <input type="checkbox"/> D : + 0,80	<input type="checkbox"/> C : + 0,38 <input type="checkbox"/> D : + 0,80	<input type="checkbox"/> D : + 0,49	<input type="checkbox"/> D : + 0,49		
	Conjoint	<input type="checkbox"/> B : + 0,64 <input type="checkbox"/> C : + 1,01 <input type="checkbox"/> D : + 1,46	<input type="checkbox"/> B : + 0,64 <input type="checkbox"/> C : + 1,01 <input type="checkbox"/> D : + 1,46	<input type="checkbox"/> C : + 0,42 <input type="checkbox"/> D : + 0,88	<input type="checkbox"/> C : + 0,42 <input type="checkbox"/> D : + 0,88	<input type="checkbox"/> D : + 0,54	<input type="checkbox"/> D : + 0,54		
	Enfant *	<input type="checkbox"/> B : + 0,40 <input type="checkbox"/> C : + 0,61 <input type="checkbox"/> D : + 0,86	<input type="checkbox"/> B : + 0,40 <input type="checkbox"/> C : + 0,61 <input type="checkbox"/> D : + 0,86	<input type="checkbox"/> C : + 0,24 <input type="checkbox"/> D : + 0,50	<input type="checkbox"/> C : + 0,24 <input type="checkbox"/> D : + 0,50	<input type="checkbox"/> D : + 0,30	<input type="checkbox"/> D : + 0,30		
	Famille	<input type="checkbox"/> B : + 1,44 <input type="checkbox"/> C : + 2,23 <input type="checkbox"/> D : + 3,18	<input type="checkbox"/> B : + 1,44 <input type="checkbox"/> C : + 2,23 <input type="checkbox"/> D : + 3,18	<input type="checkbox"/> C : + 0,90 <input type="checkbox"/> D : + 1,88	<input type="checkbox"/> C : + 0,90 <input type="checkbox"/> D : + 1,88	<input type="checkbox"/> D : + 1,16	<input type="checkbox"/> D : + 1,16		

* Gratuité de la cotisation "Enfant" à partir du 3^{ème} enfant
 RG : régime général de Sécurité sociale / RL : régime local d'Alsace-Moselle
 PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale

➔ **SI STRUCTURE DE COTISATION « FAMILLE » CHOISIE PAR L'EMPLOYEUR :**

en %PMSS		Niveau A obligatoire Souscrit par l'entreprise		Niveau B obligatoire Souscrit par l'entreprise		Niveau C obligatoire Souscrit par l'entreprise		Niveau D obligatoire Souscrit par l'entreprise	
		RG	AM	RG	AM	RG	AM	RG	AM
	Famille régime obligatoire	1,77	0,66	2,91	1,78	3,47	2,33	4,10	3,00
extension niveau B	Famille	<input type="checkbox"/> + 1,27	<input type="checkbox"/> + 1,27						
extension niveau C	Famille	<input type="checkbox"/> + 2,12	<input type="checkbox"/> + 2,12	<input type="checkbox"/> + 0,72	<input type="checkbox"/> + 0,72				
extension niveau D	Famille	<input type="checkbox"/> + 2,94	<input type="checkbox"/> + 2,84	<input type="checkbox"/> + 1,41	<input type="checkbox"/> + 1,41	<input type="checkbox"/> + 0,59	<input type="checkbox"/> + 0,59		

RG : régime général de Sécurité sociale / RL : régime local d'Alsace-Moselle
PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale

➔ Les cotisations de l'extension facultative du régime collectif obligatoire et celles des garanties optionnelles sont à votre charge exclusive.

- Quel est le mode de paiement choisi : chèque virement mandat cash prélèvement
- Si J'opte pour le prélèvement quelle est la 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⁾	Connexion Noémie
Conjoint ⁽¹⁾							<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant 1 ⁽²⁾							<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant 2 ⁽²⁾							<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant 3 ⁽²⁾							<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant 4 ⁽²⁾							<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant 5 ⁽²⁾							<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

(1) conjoint, pacsé, concubin au sens du contrat d'adhésion

(2) enfant à charge au sens du contrat d'adhésion

Les enfants handicapés sont exonérés du paiement de la cotisation dans les conditions prévues dans le cadre du Degré Elevé de Solidarité.

Est considéré handicapé l'enfant légitime, naturel ou adoptif atteint d'une infirmité physique et/ou mentale qui l'empêche soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle, soit s'il est âgé de moins de 18 ans, d'acquiescer une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal.

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

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, les données à caractère personnel 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 L223-7 du code de la consommation.

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

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 »

Les données personnelles que vous nous communiquez via ce formulaire sont nécessaires à la gestion de votre contrat. Elles sont destinées exclusivement aux entités composant le groupe Humanis ainsi qu'aux partenaires du groupe en charge d'activités confiées par ce dernier. Conformément à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, 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 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 à la loi précitée.

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 : 61 rue Taitbout 75009 Paris

Les garanties assistance sont portées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL, société anonyme au capital de 3.500.000 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre, sous le n° 433 012 689, située au 108, Bureaux de la Colline - 92213 SAINT CLOUD CEDEX.

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

CS BRANCHE PRO

TSA 71501

59047 LILLE

Tél. : 09-69-36-72-59