

> VOS GARANTIES

- Vous bénéficiez du contrat d'assurance collective du régime frais de santé « Contrat socle collectif obligatoire » n° CCN024100 souscrit par votre employeur.
- Souhaitez-vous faire bénéficier votre famille (conjoint et/ou enfants à charge tels que désignés ci-après) :
- du contrat d'assurance collective du régime frais de santé « Contrat socle collectif obligatoire » :
 OUI NON

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, l'adhésion des membres de la famille prend effet à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation familiale, et dans les autres cas, au 1er janvier, sous réserve que le salarié en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

L'appel des cotisations concernant l'extension facultative des garanties aux membres de votre famille s'effectue sur votre compte :
 OUI NON

- Si votre employeur a souscrit le contrat standard « surcomplémentaire » collectif à adhésion facultative, vous avez la possibilité d'y adhérer :
 Souhaitez-vous y adhérer ? OUI NON

L'appel des cotisations du contrat surcomplémentaire collectif facultatif s'effectue sur votre compte :
 OUI NON

Si vous bénéficiez du contrat standard « surcomplémentaire » collectif à adhésion obligatoire ou si vous souscrivez au contrat standard « surcomplémentaire » collectif à adhésion 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

Elles sont à la charge exclusive du salarié et prélevées sur son compte bancaire.

Extension Facultative aux membres de la Famille		
COTISATIONS EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3170 euros en 2015)</i>	Régime général	Régime Alsace Moselle
Les cotisations correspondantes ci-dessus s'additionnent aux cotisations du salarié		
Conjoint	+ 1.20 %	+ 0.66 %
Enfant^{(1) (2)}	+ 0.71 %	+ 0.39 %

(1) gratuité à compter du 3^{ème} enfant

(2) La cotisation de l'enfant handicapé est prise en charge en totalité par le fonds de solidarité du régime professionnel de santé

**EXTENSION FACULTATIVE AUX MEMBRES DE LA FAMILLE DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF
A ADHESION OBLIGATOIRE**

Elles sont à la charge exclusive du salarié et prélevées sur son compte bancaire.

Extension Facultative aux membres de la Famille		
COTISATIONS EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3170 euros en 2015)</i>	Régime général	Régime Alsace Moselle
Les cotisations correspondantes ci-dessous <u>s'additionnent</u> aux cotisations du salarié		
Conjoint	+ 2.94 %	+ 2.45 %
Enfant⁽¹⁾	+ 1.71 %	+ 1.42 %

(1) gratuité à compter du 3^{ème} enfant

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre
du contrat socle collectif obligatoire - base. Elles sont à la charge exclusive du salarié.

COTISATIONS EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3170 euros en 2015)</i>	Option à adhésion facultative CCN024104/00
salarié	+ 1.62 %

**EXTENSION FACULTATIVE AUX MEMBRES DE LA FAMILLE DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF
A ADHESION FACULTATIVE**

Elles sont à la charge exclusive du salarié et prélevées sur son compte bancaire.

Extension Facultative aux membres de la Famille	
COTISATIONS EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3170 euros en 2015)</i>	Option à adhésion facultative
Les cotisations correspondantes ci-dessous <u>s'additionnent</u> aux cotisations du salarié	
Conjoint	+ 1.78 %
Enfant⁽¹⁾	+ 1.04%

(1) gratuité à compter du 3^{ème} enfant

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 socle collectif obligatoire

(2) enfant à charge au sens du contrat socle collectif obligatoire

(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 joins à mon bulletin les pièces justificatives indiquées au recto.

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 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. Dater et signez votre déclaration

5. Transmettez le tout : - Centre de gestion Humanis :

Humanis

CS BRANCHE PRO

TSA 71501

59049 LILLE CEDEX

Tél. : 09-69-36-72-59 (appel non surtaxé)