

## BULLETIN D’AFFILIATION ET D’ADHESION INDIVIDUELLE FRAIS DE SANTÉ

### « CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES CABINETS OU ENTREPRISES DE GEOMETRES EXPERTS, GEOMETRES TOPOGRAPHES, PHOTOGRAMMETRES ET EXPERTS-FONCIERS »

Le présent document a pour objet de procéder à l’affiliation du salarié et de ses éventuels enfants à charge au régime conventionnel obligatoire et au régime optionnel, ainsi qu’à l’extension facultative des garanties au conjoint.

#### > L’ADHERENT

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

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

N° DE SIRET : \_\_\_\_\_

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

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

#### GARANTIES SOUSCRITES PAR L’ENTREPRISE :

Régime de base conventionnel obligatoire « Accord du 13 octobre 2005 relatif au régime de prévoyance »  
n° CCN506100 :

Régime optionnel :

à adhésion obligatoire : CCN506104

à adhésion facultative : CCN506102

#### STATUT DU SALARIE :

Salarié affilié à l’AGIRC

Salarié non affilié à l’AGIRC

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 : \_\_\_\_\_

(en complétant votre adresse e-mail vous acceptez de recevoir vos décomptes de remboursement ainsi que vos avis d’échéance par mail)

## > VOS GARANTIES

Vous bénéficiez du régime de base conventionnel obligatoire de l'Accord du 13 octobre 2005 relatif au régime de prévoyance, souscrit par votre employeur tel que défini ci-dessus.

Si votre employeur a mis en place un régime optionnel à adhésion facultative, vous avez la possibilité d'y adhérer.

Souhaitez-vous y adhérer ?  OUI  NON

Vos enfants à charges bénéficient automatiquement des garanties du régime de base conventionnel obligatoire et, si vous en bénéficiez, du régime optionnel.

Pour affilier votre(vos) enfant(s) à charge, il convient de remplir le tableau ci-dessous.

### ENFANTS À CHARGE<sup>(1)</sup> A GARANTIR

| Nom | Prénom | Sexe (M ou F) | Né(e) le | N° Sécurité sociale |
|-----|--------|---------------|----------|---------------------|
|     |        |               |          |                     |
|     |        |               |          |                     |
|     |        |               |          |                     |
|     |        |               |          |                     |
|     |        |               |          |                     |

(1) Tel que défini à l'Accord du 13 octobre 2005

Si vous bénéficiez du régime optionnel à adhésion obligatoire ou facultative, les bénéficiaires au titre de ce contrat sont identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat de base conventionnel obligatoire, soit le salarié et ses enfants à charge.

→ Si vous souhaitez faire bénéficier votre conjoint des garanties du régime de base conventionnel obligatoire et, si vous y avez adhéré, du régime optionnel, moyennant le paiement de cotisations correspondantes, il convient de remplir le tableau ci-dessous.

→ **Si vous êtes couvert par le régime optionnel, l'affiliation de votre conjoint au titre du régime de base conventionnel obligatoire emporte nécessairement son affiliation au régime optionnel.**

L'appel des cotisations « conjoint » du régime de base conventionnel et du régime optionnel s'effectue individuellement auprès de chaque salarié.

### CONJOINT/ CONCUBIN/ PARTENAIRE DE PACS<sup>(2)</sup> A GARANTIR

(moyennant le paiement des cotisations correspondantes)

| Nom | Prénom | Sexe (M ou F) | Né(e) le | N° Sécurité sociale |
|-----|--------|---------------|----------|---------------------|
|     |        |               |          |                     |

(2) conjoint, pacsé, concubin tel que défini à l'Accord du 13 octobre 2005

## > COTISATIONS.

### RÉGIME DE BASE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE

La cotisation « salarié » est exprimée en pourcentage du salaire mensuel avec un minimum de 35% du PMSS et un maximum fixé à 185% du PMSS.

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

La cotisation « conjoint » est exprimée en pourcentage du PMSS.

| ACTIFS Base                  | Cotisation ACTIFS régime général | Cotisation ACTIFS régime local |
|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Salarié + EAC <sup>(1)</sup> | 1.85% salaire                    | 0.93% salaire                  |
| Conjoint facultatif          | 0.97% PMSS                       | 0.49% PMSS                     |

(1) enfant à charge tel que défini à l'Accord du 13 octobre 2005

L'appel de la cotisation Salarié + EAC s'effectue auprès de l'entreprise

L'appel de la cotisation Conjoint s'effectue auprès de chaque salarié individuellement

60% de la cotisation Salarié + EAC est à la charge de l'employeur.

La cotisation Conjoint est prise en charge à 100% par le salarié.

### RÉGIME OPTIONNEL

Les cotisations du régime optionnel viennent en complément des cotisations du régime de base

| ACTIFS<br>OPTION facultative ou obligatoire | Cotisation ACTIFS régime général et régime local<br>En complément du tarif de base |
|---|--|
| Salarié + EAC <sup>(1)</sup>                | + 2.55% salaire  |
| Conjoint facultatif                         | + 1.07% PMSS   |

(1) enfant à charge au tel que défini à l'Accord du 13 octobre 2005

L'appel de la cotisation Salarié + EAC s'effectue auprès de l'entreprise

L'appel de la cotisation Conjoint s'effectue auprès de chaque salarié individuellement

60% de la cotisation Salarié + EAC est à la charge de l'employeur si le régime mis en place est à adhésion obligatoire.

La cotisation Salarié + EAC est intégralement à la charge du salarié si le régime mis en place est à adhésion facultative.

La cotisation Conjoint est prise en charge à 100% par le salarié.

Les cotisations « conjoint » sont prélevées sur le compte bancaire du salarié.

Périodicité de prélèvement choisie pour les cotisations à la charge exclusive du salarié :

mensuelle  trimestrielle  semestrielle  annuelle

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.

J'atteste avoir reçu un exemplaire de la notice d'information du régime frais de santé de la CCN des Géomètres Experts (sur laquelle figure en annexe les garanties) et de la notice d'information Assistance référencée F17S0494.

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 : 09-69-39-08-33 (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 L. 223-1 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

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