

**ACCORD COLLECTIF DEPARTEMENTAL
FRAIS DE SANTE DU 28 JUILLET 2009
DES EXPLOITATIONS DE « POLY-CULTURE-ELEVAGE »
DE LA MANCHE**

**BULLETIN D’AFFILIATION ET D’ADHESION
INDIVIDUEL – MAINTIEN DES GARANTIES**

Votre ancien employeur :

<p>RAISON SOCIALE DE L’ENTREPRISE :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>N° DE SIRET/SIREN : _____</p> <p>DATE DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>DATE D’EMBAUCHE :</p> <p>STATUT DU PARTICIPANT (salarié) : Non affilié à l’AGIRC</p>
--

■ LE PARTICIPANT

M. Mme Mlle Nom : _____ Prénom : _____
Nom de Jeune fille : _____
N° Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (jour, mois, année)
Adresse : _____ Ville : _____
Code Postal : _____ Numéro de Téléphone : _____ e-mail : _____

Cochez la (ou les) case(s) correspondant à votre situation :

- Ancien salarié bénéficiaire d’une rente d’incapacité ou d’une pension d’invalidité (joindre le justificatif SS ou MSA)
- Ancien salarié privé d’emploi et bénéficiaire ou non d’un revenu de remplacement (joindre la notification du Pôle Emploi)
- Ancien salarié bénéficiaire d’une pension de retraite ou d’une allocation de préretraite (joindre la notification de retraite ou notification du Pôle Emploi)
- Ayant droit précédemment garanti par le salarié décédé.

■ AUTRES BENEFICIAIRES

Souhaitez-vous étendre la couverture Frais de santé à votre famille (conjoint et/ou enfant(s)) : OUI NON

(A compléter selon les bénéficiaires garantis)

Conjoint/ concubin/ partenaire lié par un PACS (rayer les mentions inutiles)

M. Mme Mlle Nom : _____ Prénom : _____
Nom de Jeune fille : _____
N° Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (jour, mois, année)

Enfant(s) à charge :

	NOM	Prénom	Sexe (M ou F)	Né(e) le	Situation *
Enfant 1					
Enfant 2					
Enfant 3					
Enfant 4					
Enfant 5					

* d'enfant à charge au sens du régime : 1= scolaire 2=étudiant, 3=apprenti ,4=recherche d'un 1^{er} emploi inscrit au pôle emploi, 5 = salarié revenus<RSA ; 6=invalidé,

Documents à joindre impérativement :

- **Pour tout enfant à charge de 18 ans et plus** : photocopie du certificat de scolarité ou tout autre justificatif de la situation*
- **Pour la mise en place de la télétransmission (procédure Noémie)** : Afin de permettre le remboursement rapide de mes frais de soins de santé, j'autorise la télétransmission de mes décomptes par mon régime de base à HUMANIS PREVOYANCE. Je joins les photocopies des attestations jointes à ma carte Vitale de tous les bénéficiaires.
- **Pour le prélèvement direct des cotisations sur votre compte** : mandat de prélèvement SEPA
- **Pour le virement direct des prestations sur votre compte** : relevé d'identité bancaire

Vos cotisations :

Les cotisations contractuelles du régime facultatif frais de santé sont fixées pour les exercices 2019 et suivants à :

FRAIS DE SOINS DE SANTE	PLAFOND DE LA SECURITE SOCIALE		
	Participant	Conjoint	Par enfant*
Anciens salariés retraités et préretraités	1,42%	1,42 %	0,55 %
Anciens salariés - bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité - privés d'emploi et bénéficiaires <u>ou non</u> d'un revenu de remplacement	1,19 %	1,19 %	0,55 %
Ayants droit de salariés décédé	1,19 %	/	0,55 %

* PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale (égal à 3 311 euros en 2018).

Périodicité de prélèvement choisie* : mois trimestre. Par défaut, la cotisation sera prélevée mensuellement.

A _____ le _____
Signature du participant

A _____ le _____
Cachet et visa de l'entreprise contractante

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion du contrat, dans le respect des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel. Les données sont destinées exclusivement aux entités composant le groupe Humanis ainsi qu'aux partenaires du groupe en charge d'activités confiées par ce dernier. Conformément aux dispositions légales précitées, 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 aux dispositions légales susvisées

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, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09

BAAI –Manche– FS -01.2019