

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

**BULLETIN D'ADHESION ET D'AFFILIATION  
INDIVIDUEL  
REGIME « FRAIS DE SANTE »**

Adhésion       Modification d'adhésion

**Cadre à remplir par l'adhérent (employeur)**

<b>RAISON SOCIALE DE L'ENTREPRISE :</b> _____	
<b>N° DE SIRET/SIREN :</b> _____	<b>N° ENTREPRISE :</b>  _ _ _ _ _ _ _ _
<b>STATUT DU PARTICIPANT (salarié) :</b> Non affilié à l'AGIRC	<b>DATE D'EMBAUCHE :</b>  _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Au contrat de travail suspendu sans rémunération ou indemnisation par l'employeur	
<b>Date d'affiliation :</b> _____	

**■ 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 : \_\_\_\_\_

**■ 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<sup>er</sup> 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 virement direct des prestations sur votre compte** : relevé d'identité bancaire
- **Pour le prélèvement direct des cotisations sur votre compte** : mandat de prélèvement SEPA
- **Pour la couverture des ayants-droit et les périodes de suspension du contrat de travail** : le mandat de prélèvement SEPA.

## Vos cotisations :

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

<b>REGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE</b>	
<b>Salariés agricoles non affiliés à l'AGIRC, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois</b>	
<b>Taux de cotisation</b>	<b>0.90 % du PMSS *</b>

<b>FRAIS DE SOINS DE SANTE</b>	<b>PLAFOND DE LA SECURITE SOCIALE</b>
Extension Famille (conjoint + enfants)	<b>1.55% du PMSS *</b>
Salarié seul	<b>0.90% du PMSS *</b>

Pour les salariés au contrat de travail suspendu, sans rémunération ou indemnisation par l'employeur sont fixées pour les exercices 2019 et suivants à :

<b>FRAIS DE SOINS DE SANTE</b>	<b>PLAFOND DE LA SECURITE SOCIALE</b>
Salarié seul	<b>0.90% du PMSS *</b>

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

Les cotisations relatives à la couverture des ayants-droits, ainsi que celles dues pendant la période de suspension du contrat de travail de l'assuré, sont prélevées directement à l'assuré.

**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-cnll@humanis.com](mailto:contact-cnll@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.