

## BULLETIN D’AFFILIATION ET D’ADHESION INDIVIDUELLE

### CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE ET CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF « Humanis Santé HCR »

➤ **L’ADHERENT**

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

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

N° SIREN : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Lieu de travail : \_\_\_\_\_

Date d’embauche : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Date d’affiliation : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

→ **GARANTIES SOUSCRITES PAR L’ENTREPRISE :**

**Contrat socle collectif à adhésion obligatoire « Humanis Santé HCR »**

- Niveau de base
- Niveau 1
- Niveau 2
- Niveau 3

**Contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative « Humanis Santé HCR »**

- Niveau 1
- Niveau 2
- Niveau 3

→ **STATUT DU SALARIE :**

- Personnel cadre**
- Personnel Non cadre**

Je soussigné, certifie que le salarié ci-dessous désigné, fait partie des effectifs de l’ADHERENT à la date de signature de la présente déclaration.

Fait à \_\_\_\_\_ le |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Signature et cachet de l’ADHERENT

## ➤ LE PARTICIPANT

M.  Mme NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

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 contrat socle collectif à adhésion obligatoire frais de santé « Humanis Santé HCR » souscrit par votre employeur.

→ Souhaitez-vous faire bénéficier vos ayants-droit (conjoint et/ou enfants à charge tels que désignés ci-après) du contrat socle collectif à adhésion obligatoire « Humanis Santé HCR » ?

OUI  NON

→ Si votre employeur a souscrit le contrat standard surcomplémentaire collectif à adhésion facultative « Humanis Santé HCR », vous avez la possibilité d'y adhérer.

Souhaitez-vous y adhérer ?  OUI  NON

Option choisie :

Niveau 1

Niveau 2

Niveau 3

L'appel des cotisations du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative s'effectue selon les modalités retenues par votre entreprise.

Si vous souscrivez au contrat standard surcomplémentaire « Humanis Santé HCR », **les bénéficiaires au titre de ces contrats sont identiques**, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat socle collectif à adhésion obligatoire « Humanis Santé HCR ».

➤ COTISATIONS

**EXTENSION FACULTATIVE DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE AUX AYANTS DROIT**

**CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE**

Cotisations à la charge exclusive du salarié

COTISATIONS MENSUELLES EN EUROS	Régime	Structure de cotisations	Niveau de base	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
	Général	Conjoint	32,20 Euros	46,00 Euros	57,50 Euros	69,00 Euros
		Enfant*	24,85 Euros	34,45 Euros	38,64 Euros	44,51 Euros
	Alsace Moselle	Conjoint	23,00 Euros	32,20 Euros	40,25 Euros	48,30 Euros
Enfant*		17,75 Euros	24,12 Euros	27,05 Euros	31,16 Euros	

\* gratuité à compter du 3<sup>e</sup> enfant

**CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF :  
NIVEAU 1, NIVEAU 2, NIVEAU 3**

**CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF NIVEAU 1 ET/OU NIVEAU 2 ET/OU NIVEAU 3 EN  
COMPLEMENT DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE NIVEAU DE BASE :**

Les cotisations s'entendent en plus de celles du contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé HCR » Niveau 1

COTISATIONS MENSUELLES EN EUROS	Structure de cotisations	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
	Salarié	+ 13,80 Euros	+ 25,30 Euros	+ 36,80 Euros
	Conjoint	+ 15,87 Euros	+ 29,10 Euros	+ 42,32 Euros
	Enfant*	+ 11,04 Euros	+ 15,86 Euros	+ 22,61 Euros

\* gratuité à compter du 3<sup>e</sup> enfant

**CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF NIVEAU 2 ET/OU NIVEAU 3 EN COMPLEMENT DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE NIVEAU 1 :**

Les cotisations s'entendent en plus de celles du contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé HCR » Niveau 1

COTISATIONS MENSUELLES EN EUROS	Structure de cotisations		Niveau 2	Niveau 3
	Salarié		+ 11,50 Euros	+ 23,00 Euros
	Conjoint		+ 13,23 Euros	+ 26,45 Euros
	Enfant*		+ 4,82 Euros	+ 11,57 Euros

\* gratuité à compter du 3<sup>e</sup> enfant

**CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF NIVEAU 3 EN COMPLEMENT DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE NIVEAU 2 :**

Les cotisations s'entendent en plus de celles du contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé HCR » Niveau 2

COTISATIONS MENSUELLES EN EUROS	Structure de cotisations		Niveau 3
	Salarié		+ 11,50 Euros
	Conjoint		+ 13,22 Euros
	Enfant*		+ 6,75 Euros

\* gratuité à compter du 3<sup>e</sup> enfant

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

➤ **BENEFICIAIRES A GARANTIR** (moyennant le paiement des cotisations correspondantes)

	Nom	Prénom	Sexe (M ou F)	Né(e) le	N° Sécurité sociale	Situation (3)
<b>Conjoint</b> <sup>(1)</sup>						
<b>Enfant 1</b> <sup>(2)</sup>						
<b>Enfant 2</b>						
<b>Enfant 3</b>						
<b>Enfant 4</b>						
<b>Enfant 5</b>						

<sup>(1)</sup> conjoint(e), pacsé(e), concubin(e) au sens des contrats

<sup>(2)</sup> enfant à charge au sens des contrats

<sup>(3)</sup> Situation : 1 = scolaire ; 2 = étudiant ; 3 = apprenti ; 4 = recherche d'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 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 vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « Bloctel », par voie électronique sur le site [www.boctel.gouv.fr](http://www.boctel.gouv.fr) ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société OPPOSETEL, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret, 10 000 TROYES.

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 vous démarcher téléphoniquement si vous ne vous êtes pas opposé auprès de l'INSTITUTION, à l'adresse mentionnée ci-dessus, à l'utilisation de vos coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

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

J'atteste avoir reçu un exemplaire des notices d'information référencées « NI/ Humanis Santé socle HCR /FS 07.16 » et « NI/ Humanis Santé surcomplémentaire HCR /FS 07.16 » et de la notice d'information Assistance référencée F17S0494.

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 de Humanis Prévoyance.

Fait à \_\_\_\_\_ le |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Signature du salarié précédée de la mention « lu et approuvé »

En tout état de cause, l'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

### **Pour faciliter l'enregistrement de l'affiliation**

- 1. Ecrivez en lettres 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 obligatoirement les pièces suivantes :**
  - photocopie de l'attestation jointe à votre Carte Vitale et celle pour chaque bénéficiaire, assuré social en propre,
  - un mandat de prélèvement (inutile si seule votre affiliation à titre obligatoire est demandée par la présente déclaration)

**et selon votre situation :**

  - photocopie du livret de famille (conjoint marié),
  - photocopie de l'attestation de PACS (partenaire 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...)

**et 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 au Centre de gestion**  
**Humanis Prévoyance**  
41931 BLOIS CEDEX 6  
Tél : 09 77 40 05 50  
Fax : 02 54 57 44 27

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. Le cas échéant, vos ayants-droit disposent des mêmes droits concernant leurs données à caractère personnel qu'ils peuvent exercer dans les conditions précédemment citées. 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 : 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.