



>  **Demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture de mon conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale**

L'adhésion prend effet à la même date d'affiliation que celle du salarié lorsque la demande d'extension est faite simultanément lors de son affiliation. A défaut, l'adhésion prend effet à la date de survenance de l'évènement dans le cas d'une affiliation suite à un changement de situation familiale, et dans les autres cas, au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception de la présente déclaration d'affiliation.

> **COTISATIONS au titre de la couverture facultative CCN021101**

à la charge exclusive du salarié. Le montant des cotisations dépend de la formule retenue par votre entreprise telle qu'indiquée sur votre notice d'information.

ADHESION FACULTATIVE DES AYANTS-DROIT						
COTISATIONS EN % DU PMSS (plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 170 euros en 2015)						
Régime de Sécurité sociale	Régime Général			Régime local Alsace Moselle		
Formule	Régime 1	Régime 2	Régime 3	Régime 1	Régime 2	Régime 3
<b>Conjoint non à charge SS</b>	<b>1,02 %</b>	<b>1,51 %</b>	<b>2,06 %</b>	<b>0,51 %</b>	<b>0,89 %</b>	<b>1,54 %</b>

Les cotisations correspondantes ci-dessus s'additionnent aux cotisations du salarié.

Elles sont à sa charge exclusive et prélevées sur son compte bancaire.

Périodicité de prélèvement choisie  mensuelle  trimestrielle  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 d'assurance collective du régime frais de santé

(2) enfant à charge au sens du contrat d'assurance collective du régime frais de santé

(3) Situation: 1= scolaire 2=étudiant, 3= apprenti ,4= recherche d'un emploi, inscrit au pôle emploi, 5=invalidé, 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.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ **Signature du salarié précédée de la mention « lu et approuvé »**

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

1. Ecrivez en lettre capitales.
2. N'oubliez pas de remplir :
  - le tableau des bénéficiaires à garantir,
  - l'autorisation de prélèvement automatique et la périodicité de paiement de votre cotisation (inutile si seule votre affiliation au régime conventionnel 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****et selon votre situation :**
  - **Pour les conjoints non à charge au sens de la Sécurité sociale :**
    - copie du livret de famille (),
    - 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, carte d'invalidité,...

### **4. Dater et signez votre déclaration**

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

HUMANIS PREVOYANCE  
348 rue du Puech Villa  
BP 7209  
34183 MONTPELLIER CEDEX 4