

DECLARATION D’AFFILIATION

CONTRAT D’ASSURANCE COLLECTIVE AU REGIME CONVENTIONNEL FRAIS DE SANTE DES ACTIVITES DE MARCHES FINANCIERS ET CONTRAT COLLECTIF FRAIS DE SANTE SURCOMPLEMENTAIRE OBLIGATOIRE « RENFORT » AU REGIME CONVENTIONNEL

> L’ADHERENT

N°ADHERENT : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NOM : _____

N° DE SIREN : _____

LIEU DE TRAVAIL : _____

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

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 et déclare adhérer :

au régime conventionnel frais de santé

au contrat collectif frais de santé surcomplémentaire obligatoire « Renfort » au régime conventionnel

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 contrat d’assurance collective du régime conventionnel frais de santé de la « convention collective nationale des Activités de Marchés Financiers » n°CCN002100 souscrit par votre employeur.

Vous devez déclarer votre conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS à charge ainsi que les enfants, les descendants et ascendants à charge, tels que définis dans les Conditions Générales, qui sont obligatoirement affiliés.

→ Souhaitez-vous faire bénéficiaire votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS non à charge du contrat d’assurance collective du régime frais de santé de la « convention collective nationale des Activités de Marchés Financiers » n° CCN002100 OUI NON

Si vous bénéficiez du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion collective obligatoire « Renfort », **les bénéficiaires au titre de ces contrats sont identiques**, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat d’assurance collective du régime frais de santé de la « convention collective nationale des Activités de Marchés Financiers ».

> COTISATIONS

Extension facultative du contrat d'assurance collective du régime frais de santé de la « convention collective nationale des Activités de Marchés Financiers » n°CCN002100

Les cotisations correspondantes ci-dessus s'additionnent aux cotisations du salarié. Elles sont à la charge exclusive du salarié.

COTISATIONS EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 311 euros en 2018)</i>		
Régime de Sécurité sociale	Régime Général	Régime local Alsace Moselle
Conjoint non à charge	+ 1, 40 %	+ 0, 79 %

Extension facultative du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire au conjoint, concubin, partenaire lié par un pacs, non à charge n°CCN002301

Les cotisations correspondantes ci-dessus s'additionnent aux cotisations du salarié. Elles sont à la charge exclusive du salarié.

COTISATIONS EN % DU PMSS <i>(plafond mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 311 euros en 2018)</i>		
Régime de Sécurité sociale	Régime Général	Régime local Alsace Moselle
Conjoint non à charge	+ 1,09 % PMSS	+ 0, 66 % PMSS

N.B : Les cotisations du conjoint non à charge sont appelées auprès de l'Entreprise

> 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 des contrats

(2) enfant à charge au sens des contrats

(3) Situation: 1 = scolaire, 2 = étudiant, 3 = apprenti, 4 = recherche d'un 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 de vous inscrire gratuitement à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « Bloctel » par voie électronique sur le site www.bloctel.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-CCN des Activités de Marchés Financiers -santé-2018 » et la «NI surcomplémentaire obligatoire-CCN des Activités de Marchés Financiers -santé-2018» 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 d'Humanis Prévoyance.

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

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 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 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 :
 - Humanis
 - 348 rue Puech Villa
 - BP 7209
 - Parc Euromédecine
 - 34183 Montpellier cedex 4

Les données personnelles que vous nous communiquez sont nécessaires à la gestion de votre contrat. Elles 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 en vigueur en matière de protection des données personnelles, 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 cinq 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 personnelles.

En application des dispositions du Code monétaire et financier, l'Institution met en œuvre un traitement de données à caractère personnel afin de répondre à ses obligations légales en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Ces informations sont conservées pendant une durée maximale de cinq ans à compter de la fin de la relation. Conformément aux dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés : 3 Place de Fontenoy 75007 PARIS

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.