

Adhésion Modification d'adhésion

Régime Frais de santé | Accord régional du 3 juillet 2009 sur une protection complémentaire Frais de santé pour les salariés agricoles relevant du champ d'application de l'Accord précité, non affiliés à l'AGIRC, des exploitations de la région Centre.

COCHEZ LA (OU LES) CASE(S) CORRESPONDANT À VOTRE SITUATION

- Salarié non affilié à l'AGIRC dont le contrat de travail est suspendu sans rémunération ou indemnisation par l'employeur à l'issue de la période de gratuité de 3 mois (joindre une attestation de votre employeur avec les dates de début et fin du congé)
- Salarié bénéficiant du régime obligatoire et souhaitant couvrir ses ayants-droit (conjoint et/ou enfant(s) à charge)
- Salarié bénéficiant du régime obligatoire et souhaitant adhérer au régime optionnel (option A ou option B)

VOTRE EMPLOYEUR

Raison sociale de l'entreprise

N° SIREN Date d'embauche

Fait le à 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.

Cachet et signature de l'employeur

VOTRE IDENTITÉ

Nom

Nom de Naissance

Prénom

N° MSA

Sexe F M Civilité M. Mme Mlle

Situation célibataire concubin(e) divorcé(e) marié(e) Pacsé(e) séparé(e) veuf(ve)

Date de naissance

Pays de naissance

Commune de naissance

Rés, Bât, Appt.

N° Adresse

Code postal Ville

Téléphone e-mail

N° ENTREPRISE

Contrat N° CRI2010004S/01,
CRI2010004S/02 et CRI2010004S/04

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DEMANDE

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Remplissez la périodicité de votre cotisation, la couverture choisie et le tableau "Bénéficiaires à garantir".
- 3- **Joignez les pièces suivantes**
 - la photocopie de l'attestation jointe à votre carte Vitale, celle pour chaque membre de votre famille bénéficiant du contrat Santé,
 - votre relevé d'identité bancaire,
 - votre mandat de prélèvement SEPA,
 - les photocopies des certificats de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans ou tout document justifiant de leur situation ou de leurs ressources,
 - l'attestation de PACS,
 - votre certificat de concubinage ou une attestation sur l'honneur.
 - Justificatif fiscal pour le rattachement de l'ascendant à charge.
- 4- Faites remplir et signer la partie Votre employeur.
- 5- Datez, signez votre bulletin et renvoyez le tout à :
Malakoff Médéric Humanis
Vente à distance Individuels
303 rue Gabriel Debacq
45777 Saran Cedex
Tél. : 0 977 400 555
APPEL NON SURTAXE

VOS COTISATIONS ET VOTRE COUVERTURE

Périodicité de prélèvement choisie mois trimestre

Vous êtes salarié non affilié à l'AGIRC dont le contrat de travail est suspendu sans rémunération ou indemnisation par votre employeur à l'issue de la période de gratuité de 3 mois.

Vous choisissez (cochez les cases) :

La couverture de base conventionnelle pour :

	<input type="checkbox"/> Vous-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 1 enfant	<input type="checkbox"/> 2 enfants ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> Famille ⁽²⁾
Pour une cotisation mensuelle de >	0,92 % PMSS	+1,39 % PMSS	+0,92 % PMSS	+ 1,84 % PMSS	+ 2,11 % PMSS

La couverture régime optionnel facultatif (cotisation à additionner à celle mentionnée ci-dessus) cochez Option A ou Option B :

		<input type="checkbox"/> Vous-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Par enfant ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> Famille ⁽²⁾
Pour une cotisation mensuelle supplémentaire de >	<input type="checkbox"/> OPTION A	+ 0,43 % PMSS	+ 0,53 % PMSS	+ 0,20 % PMSS	+ 0,73 % PMSS
	<input type="checkbox"/> OPTION B	+ 0,61 % PMSS	+ 0,73 % PMSS	+ 0,33 % PMSS	+ 1,11 % PMSS

Si vous choisissez en complément du régime de base, le régime optionnel, les bénéficiaires seront les mêmes que ceux du régime de base. Le montant de la cotisation est à la charge exclusive du salarié en % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (fixé à 3 377 € pour 2019).

Vous êtes salarié bénéficiant du contrat d'assurance collective du régime frais de santé "contrat socle collectif obligatoire" souscrit par votre employeur.

Vous choisissez (cochez les cases) :

La couverture de base conventionnelle pour :

	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Famille ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> 1 enfant	<input type="checkbox"/> 2 enfants ⁽¹⁾
Pour une cotisation mensuelle de >	+ 1,38 % PMSS	+ 2,09 % PMSS	+ 0,91 % PMSS	+ 1,82 % PMSS

La couverture régime optionnel supplémentaire (cotisation à additionner à celle mentionnée ci-dessus) cocher Option A ou Option B :

		<input type="checkbox"/> Vous-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Par enfant ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> Famille ⁽²⁾
Pour une cotisation mensuelle supplémentaire de >	<input type="checkbox"/> OPTION A	+ 0,43 % PMSS	+ 0,53 % PMSS	+ 0,20 % PMSS	+ 0,73 % PMSS
	<input type="checkbox"/> OPTION B	+ 0,61 % PMSS	+ 0,73 % PMSS	+ 0,33 % PMSS	+ 1,11 % PMSS

Si vous choisissez en complément du régime de base, le régime optionnel, les bénéficiaires seront les mêmes que ceux du régime de base. Le montant de la cotisation est à la charge exclusive du salarié en % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (fixé à 3 377 € pour 2019).

(1) Gratuité à compter du 3^{ème} enfant - (2) conjoint, enfants, ascendants à charge

BÉNÉFICIAIRES À COUVRIR MOYENNANT LE PAIEMENT DES COTISATIONS CORRESPONDANTES

Si vous souhaitez étendre vos garanties santé à votre conjoint et/ou vos enfants, remplissez le tableau ci-dessous.

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° d'assuré social ⁽²⁾
Conjoint ⁽¹⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> profession indépendante <input type="checkbox"/> autre (préciser)	<input type="text"/>	
1 ^{er} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> recherche 1 ^{er} emploi <input type="checkbox"/> salarié (revenu < RSA)		
2 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> recherche 1 ^{er} emploi <input type="checkbox"/> salarié (revenu < RSA)		
3 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> recherche 1 ^{er} emploi <input type="checkbox"/> salarié (revenu < RSA)		
4 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> recherche 1 ^{er} emploi <input type="checkbox"/> salarié (revenu < RSA)		
5 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> recherche 1 ^{er} emploi <input type="checkbox"/> salarié (revenu < RSA)		
Ascendant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	« sous réserve que l'ascendant soit à votre charge au sens de la législation fiscale »		

(1) ou partenaire lié par un PACS ou concubin - (2) sous lequel sont effectués les remboursements. - (3) quel que soit le nombre d'enfant à charge

ENGAGEMENT

La notice d'information me sera remise par mon employeur. Les garanties y figurent en annexe.

Je joins à mon bulletin individuel d'adhésion les pièces justificatives indiquées en page 1.

Afin de permettre le remboursement rapide de mes Frais de santé, j'autorise l'échange d'information par télétransmission entre ma caisse MSA et Humanis Prévoyance.

Je souhaite recevoir des informations sur les offres, produits et services du Groupe Malakoff Médéric 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 Malakoff Médéric Humanis et ses partenaires en charge d'activités confiées par le groupe.

À le Signature du Participant précédée de la mention "lu et approuvé"

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 • L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest - 75436 Paris cedex 9 • Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations que vous nous communiquez sont traitées par l'organisme assureur, responsable de traitement, ou l'organisme gestionnaire par délégation. Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en oeuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude. Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance. En cas de conclusion d'un contrat, vos données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, vos données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant de votre part (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). Vous trouverez l'ensemble des durées de conservation de vos données sur le site internet du Groupe Malakoff Médéric Humanis à l'adresse URL suivante : <https://malakoffmederic-humanis.com/politique-protection-malakoff-mederic-humanis>. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement de vos données personnelles ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : protection-donneespersonnelles@humanis.com ou à Groupe Malakoff Médéric Humanis - cellule Protection des données personnelles - 141 rue Paul Vaillant Couturier - 92246 Malakoff cedex. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Nous pouvons vous demander de nous fournir un justificatif d'identité pour confirmer votre identité avant de répondre à votre demande. Pour en savoir plus, consultez le site internet du Groupe Malakoff Médéric Humanis à l'adresse URL suivante : <https://malakoffmederic-humanis.com/politique-protectionmalakoff-mederic-humanis>. En tout état de cause, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07 • Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous bénéficiez du droit de vous inscrire gratuitement sur la liste dite « Bloctel » d'opposition au démarchage téléphonique, accessible par le lien www.bloctel.gouv.fr, conformément aux dispositions des articles L.223-1 à L.223-7 du Code de la Consommation. 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 opposés 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 • L'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.