

Affiliation     Modification d'affiliation

## Contrat individuel Frais de santé | Accord régional du 3 juillet 2009 sur une protection complémentaire Frais de santé en agriculture pour les salariés non affiliés à l'AGIRC de la région Centre

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

- Ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité (joindre le justificatif SS ou MSA)
- Ancien salarié privé d'emploi et bénéficiaire ou non d'un revenu de remplacement (joindre la notification du Pôle Emploi)
- Ancien salarié bénéficiaire d'une pension de retraite ou d'une allocation de préretraite (joindre la notification de retraite ou notification du Pôle Emploi)
- Ayant droit précédemment garanti par le salarié décédé.

N° ENTREPRISE

Date d'effet de l'adhésion

Contrat n° CRI2010004S/03 et 05

### VOTRE EMPLOYEUR

Raison sociale de l'entreprise

N° SIRET

Date de rupture du contrat de travail

### VOTRE IDENTITÉ

Nom

Nom de Naissance

Prénom

N° Sécurité sociale

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

### POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DEMANDE

- Ecrivez en lettres capitales.
- Remplissez la périodicité de votre cotisation, la couverture choisie et le tableau "Bénéficiaires à garantir".
- Joignez les pièces suivantes**
  - le justificatif propre à votre situation
  - 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,
  - 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.
  - votre mandat de prélèvement SEPA,
- 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 SURTAXÉ

### VOS COTISATIONS ET VOTRE COUVERTURE (COCHEZ COUVERTURE BASE ET/OU RÉGIME OPTIONNEL > NIVEAU À OU NIVEAU B)

Périodicité de prélèvement choisie  mois  trimestre Par défaut, la cotisation sera prélevée mensuellement.

| Couverture de base :                | Participant | Conjoint | Par enfant(*) |
|-------------------------------------|-------------|----------|---------------|
| > Ancien salarié de moins de 65 ans | 0,92 %      | 0,92 %   | 0,92 %        |
| > Ancien salarié de 65 à 69 ans     | 1,15 %      | 1,15 %   | 0,92 %        |
| > Ancien salarié de 70 à 79 ans     | 1,38 %      | 1,38 %   | 0,92 %        |
| > Ancien salarié de 80 ans et plus  | 1,73 %      | 1,73 %   | 0,92 %        |

| Cotisation en % du PMSS             | OPTION A    |          |               | OPTION B    |          |               |
|-------------------------------------|-------------|----------|---------------|-------------|----------|---------------|
|                                     | Participant | Conjoint | Par enfant(*) | Participant | Conjoint | Par enfant(*) |
| > Ancien salarié de moins de 65 ans | + 0,43 %    | + 0,43 % | + 0,20 %      | + 0,61 %    | + 0,61 % | + 0,33 %      |
| > Ancien salarié de 65 à 69 ans     | + 0,54 %    | + 0,54 % | + 0,20 %      | + 0,76 %    | + 0,76 % | + 0,33 %      |
| > Ancien salarié de 70 à 79 ans     | + 0,65 %    | + 0,65 % | + 0,20 %      | + 0,92 %    | + 0,92 % | + 0,33 %      |
| > Ancien salarié de 80 ans et plus  | + 0,81 %    | + 0,81 % | + 0,20 %      | + 1,14 %    | + 1,14 % | + 0,33 %      |

Si vous choisissez en complément de la couverture de base, la couverture optionnelle, les bénéficiaires seront les mêmes que ceux couverts au titre 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 € au 1<sup>er</sup> janvier 2019).

(\*) gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant.

## 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<br>↓  | Prénom<br>↓   | Date de naissance<br>↓ | N° d'assuré social <sup>(2)</sup><br>↓ |
|--|---|---|------------------------|--|
| Conjoint <sup>(1)</sup>                | <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 <sup>er</sup> 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 <sup>er</sup> emploi <input type="checkbox"/> employé dans un CAT ou dans un atelier protégé en tant que travailleur handicapé |                        |  |
| 2 <sup>ème</sup> 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 <sup>er</sup> emploi <input type="checkbox"/> employé dans un CAT ou dans un atelier protégé en tant que travailleur handicapé |                        |  |
| 3 <sup>ème</sup> enfant <sup>(3)</sup> | <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 <sup>er</sup> emploi <input type="checkbox"/> employé dans un CAT ou dans un atelier protégé en tant que travailleur handicapé |                        |  |

(1) ou partenaire lié par un PACS ou concubin - (2) sous lequel sont effectués les remboursements - (3) gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des dispositions contractuelles accompagnant ce bulletin.

Je joins à mon bulletin d'adhésion facultative les pièces justificatives indiquées au recto.

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, vos coordonnées personnelles 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.

Je reconnais avoir pris connaissance des mentions réglementaires jointes.

A  le

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

## Contrat individuel Frais de santé | Accord régional du 3 juillet 2009 sur une protection complémentaire Frais de santé en agriculture pour les salariés non affiliés à l'AGIRC de la région Centre

### DISPOSITIONS CONTRACTUELLES

#### Date d'effet du contrat

Le contrat individuel prend effet au plus tard au lendemain de la réception du bulletin d'adhésion par Humanis Prévoyance (dénommée ci-après «l'Institution») (cachet de la poste faisant foi).

Le choix du régime optionnel supplémentaire facultatif est définitif sauf en cas :

- de changement d'option pour un passage de l'option A à l'option B. La modification sera alors applicable au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois.
- de modification de la situation de famille (mariage, naissance, divorce ...). La modification sera applicable à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la survenance de l'évènement.

Le salarié adhère :

- seulement pour lui-même, si l'extension des ayants-droit n'a pas été retenue;
- ou pour lui-même et ses ayants-droit dans le cas contraire.

Le niveau choisi par le salarié (option A ou option B) s'applique à l'ensemble des ses ayants-droit.

Le participant dispose d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus, à compter du moment où il est informé que le contrat a pris effet, pour annuler son adhésion par lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'Institution, selon le modèle suivant : «Je, soussigné(e), domicilié(e), déclare renoncer à mon contrat individuel Frais de santé ayant pris effet le ..../... et demande le remboursement de la cotisation versée, soit ..... euros, sous déduction des prestations éventuellement versées, dans le délai de 30 jours prévu par la loi. Fait à..., le..., (signature) ». À adresser à Malakoff Médéric Humanis - Vente à distance Individuels - 303 rue Gabriel Debacq - 45777 Saran Cedex.

#### Durée, renouvellement et cessation du contrat

Le contrat individuel se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque année au 1<sup>er</sup> janvier. Le participant peut toutefois résilier son contrat au 31 décembre en adressant à l'Institution une lettre recommandée au plus tard le 31 octobre. Aucune nouvelle demande d'adhésion ne sera acceptée par l'Institution par la suite.

#### Défaut de paiement des cotisations

Les cotisations sont payables dans les 10 jours qui suivent leur échéance. A défaut de paiement passé ce délai, le contrat individuel du participant pourra être résilié dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure restée infructueuse.

#### Garanties souscrites

Les garanties souscrites sont celles mentionnées à l'Accord régional du 3 juillet 2009 précité, dont le participant reconnaît avoir pris connaissance par la notice d'information en sa possession. Les modifications éventuelles dudit accord et de ses annexes s'appliqueront automatiquement au présent contrat.

**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. • Notre organisme est soumis au contrôle de l'ACPR - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09. • 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 œuvre 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](mailto: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://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

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.

• L'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance. • 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](http://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 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.

Document à conserver en votre possession

Coordonnées du centre de gestion