

Adhésion  Modification d'adhésion

## Régime Frais de santé | Accord départemental du 6 novembre 2009 pour les salariés agricoles non affiliés à l'AGIRC des exploitations agricoles et des exploitations d'horticulture et de pépinière de Lot-et-Garonne

### 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
- Salarié bénéficiant du régime obligatoire et souhaitant couvrir sa famille
- Salarié bénéficiant du régime obligatoire et souhaitant adhérer au régime optionnel

N° ENTREPRISE

Date d'effet de l'adhésion

Contrat N°CRI2010017S/01, /02 et /04

### 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*

### 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**
  - 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.
- Faites remplir et signer la partie Votre employeur.
- 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

### 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

### VOS COTISATIONS ET VOTRE COUVERTURE

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

**Vous êtes salarié bénéficiant du régime obligatoire ou dont le contrat de travail est suspendu sans rémunération ou indemnisation de l'employeur.**

Vous choisissez (cochez les cases) :

**La couverture de base conventionnelle pour :**

<input type="checkbox"/> Vous-même	<input type="checkbox"/> Par enfant <sup>(1)</sup>	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Conjoint + enfants	<input type="checkbox"/> Par ascendant <sup>(2)</sup>	
Pour une cotisation mensuelle de	0,97 % PMSS	+ 0,87 % PMSS	+ 1,39 % PMSS	+ 2,43 % PMSS	+ 1,38 % PMSS

**La couverture régime optionnel supplémentaire (cotisation à additionner à celle mentionnée ci-dessus) cochez Option 1 ou Option 2 :**

**OPTION 1**

<input type="checkbox"/> Vous-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Par enfant <sup>(1)</sup>	<input type="checkbox"/> Par ascendant <sup>(2)</sup>	
Pour une cotisation mensuelle supplémentaire de	+ 0,14 % PMSS	+ 0,14 % PMSS	+ 0,06 % PMSS	+ 0,14 % PMSS

**OPTION 2**

<input type="checkbox"/> Vous-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Par enfant <sup>(1)</sup>	<input type="checkbox"/> Par ascendant <sup>(2)</sup>	
Pour une cotisation mensuelle supplémentaire de	+ 0,17 % PMSS	+ 0,33 % PMSS	+ 0,10 % PMSS	+ 0,33 % PMSS

Si vous choisissez en complément du régime de base, le régime optionnel, le niveau choisi s'applique à l'ensemble des membres de votre famille, si vous avez retenu l'extension de la couverture frais de santé pour le 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).

<sup>(1)</sup> Gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant - <sup>(2)</sup> 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 et/ou vos ascendants à charge, remplissez le tableau ci-dessous.

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° d'assuré social <sup>(2)</sup>
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"/>			<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"/> salarié (revenu < RSA)			<input type="text"/>
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"/> salarié (revenu < RSA)			<input type="text"/>
3 <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"/> salarié (revenu < RSA)			<input type="text"/>
4 <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"/> salarié (revenu < RSA)			<input type="text"/>
5 <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"/> salarié (revenu < RSA)			<input type="text"/>
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 »			<input type="text"/>

(1) ou partenaire lié par un PACS ou concubin - (2) sous lequel sont effectués les remboursements.

## 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 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, 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 Prudential 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](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://malakoffmederic-humanis.com/politique-protection-malakoff-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](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 • L'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

IMP0604-06 - 03-19