

Régime frais de santé

CCN des Cabinets ou entreprises de Géomètres-Experts, Géomètres-Topographes, Photogrammètres et Experts Fonciers - Brochure JO 3205

> ENTREPRISE

Raison sociale

N° Siret

N° de contrat

Date d'affiliation du salarié au contrat

Statut du salarié Affilié à l'AGIRC Non affilié à l'AGIRC

Choix du régime Régime optionnel obligatoire
 Régime optionnel facultatif

Je soussigné, certifie que le salarié ci-dessous désigné, fait partie des effectifs de l'entreprise à la date de signature de la présente demande.

A le *Signature et cachet de l'entreprise*

N° ENTREPRISE

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DECLARATION

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Remplissez au verso de ce document, le choix des garanties et le tableau des bénéficiaires de votre régime Santé.
- 3- **Joignez les pièces suivantes :**
 - la copie de l'attestation d'ouverture de droits délivrée par la CPAM, et celle pour chaque membre de votre famille bénéficiant du régime Santé.
 - votre relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne.
- Si vous êtes concerné :*
 - les photocopies des certificats de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans ou tout document justifiant de leur situation,
 - l'attestation de PACS,
 - votre certificat de concubinage,
- 4- Dater et signez votre demande.
- 5- Transmettez le tout à :

Humanis
348, rue Puech Villa
BP 7209 - Parc Euromédecine
34183 Montpellier Cedex 4

> SALARIE

Nom

Nom de naissance

Prénom

N° de Sécurité sociale

Sexe F M Civilité M. Mme Mlle

Situation de famille

célibataire concubin(e) divorcé(e) marié(e) pacsé(e) séparé(e) veuf(ve)

Date de naissance

Rés, Bât, Appt.

N° Adresse

Code postal Ville

Téléphone

e-mail @



> VOS GARANTIES

Si le régime optionnel facultatif a été retenu par votre employeur, souhaitez-vous y adhérer ? Oui Non

> BENEFICIAIRES SANTE A GARANTIR

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale ⁽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"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser)	<input type="text"/>	
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"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser)	<input type="text"/>	
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"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser)	<input type="text"/>	
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"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser)	<input type="text"/>	
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"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser)	<input type="text"/>	

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

Je joins à cette demande de renseignements 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 d'Assurance Maladie et Humanis Prévoyance.

A le

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

Conformément à la loi Informatique et Liberté 78-17 du 06-01-78, vous pouvez accéder aux informations vous concernant et les faire rectifier en contactant notre organisme.