

## Régime conventionnel | Santé CCN des Activités de Marchés Financiers

### > ENTREPRISE

N° ENTREPRISE

Raison sociale

Lieu de travail

Date d'affiliation du salarié au contrat

Catégorie d'emploi (cochez le régime et la catégorie correspondante)

Cadre et agent de maîtrise cotisant au régime de retraite AGIRC \_\_\_\_\_

Art.4     4 bis     Art. 36

Non cadre \_\_\_\_\_

ouvrier     employé     technicien     agent de maîtrise     VRP

Autre

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

A  le       *Signature et cachet de l'entreprise*

### POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DECLARATION

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Remplissez au verso de ce document, le tableau des bénéficiaires de votre contrat Santé.
- 3- **Joignez les pièces suivantes :**
  - la photocopie de l'attestation jointe à votre carte Vitale, et celle pour chaque membre de votre famille bénéficiant du contrat 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,
- une attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les 2 concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...).

- 4- Dater et signez votre déclaration.
- 5- Transmettez le tout à votre entreprise.

### > 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  @



## > GARANTIES

Régime Sécurité sociale

bénéficiaire du régime général

bénéficiaire du régime Alsace-Moselle

## > BENEFICIAIRES SANTE GARANTIS

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

<sup>(1)</sup> ou partenaire lié par un PACS ou concubin à charge bénéficiant des prestations de la Sécurité sociale sous le numéro de l'assuré - <sup>(2)</sup> sous lequel sont effectués les remboursements.

## > BENEFICIAIRE SANTE A GARANTIR (FACULTATIF)

Je souhaite faire adhérer mon conjoint, mon partenaire lié par un PACS, mon concubin bénéficiant à titre personnel des prestations du régime Sécurité sociale.

J'ai bien noté que la cotisation est entièrement à ma charge.

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale <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"/>		

<sup>(1)</sup> ou partenaire lié par un PACS ou concubin non à charge bénéficiant des prestations de la Sécurité sociale sous son propre numéro - <sup>(2)</sup> sous lequel sont effectués les remboursements.

Je joins à ma déclaration d'affiliation les pièces justificatives indiquées au recto.

Afin de permettre le remboursement rapide de mes Frais soins 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"