

Adhésion Modification d'adhésion

Régime frais de santé | Convention collective nationale des organismes gestionnaires de foyers et services pour Jeunes Travailleurs - Accord de prévoyance du 16 juillet 2003

> COCHEZ LA (OU LES) CASE(S) CORRESPONDANT A VOTRE SITUATION

- Ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité (joindre le justificatif SS)
- Ancien salarié privé d'emploi et bénéficiaire d'un revenu de remplacement (joindre la notification du Pôle Emploi)
- Ancien salarié bénéficiaire d'une pension de retraite (joindre la notification de retraite ou notification du Pôle Emploi)
- Ayant droit précédemment garanti par le salarié décédé
- Personnel en congé sabbatique, parental, congé pour création d'entreprise, congé sans solde.

> VOTRE ANCIEN EMPLOYEUR

Raison sociale de l'entreprise

N° SIRET

Date de rupture du contrat de travail

> VOTRE IDENTITE

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

Rés, Bât, Appt.

N° Adresse

Code postal Ville

Téléphone e-mail

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

Date d'effet de l'adhésion

Contrats n° ION20055920011S
ION20055920012S

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DEMANDE

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Remplissez l'autorisation de prélèvement automatique et au dos, la périodicité de votre cotisation, la couverture choisie et le tableau "Bénéficiaires à garantir".
- 3- **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, postal ou de caisse d'épargne,
 - 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.
- 4- Dated, signez votre bulletin et renvoyez le tout à :
Humanis
VAD Individuels
TSA 42222
92246 Malakoff Cedex

> VOTRE AUTORISATION DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom

Prénom

Adresse

Code postal Ville

COMPTES A DEBITER

Codes		N° du compte		Clé R.I.B.
Etablissement	Guichet			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date Signature

N° NATIONAL D'EMETTEUR 427.003

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
Humanis Prévoyance - 41931 BLOIS CEDEX 9

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

Nom

Adresse

Code postal Ville

Important : cette autorisation doit être obligatoirement complétée, signée et accompagnée d'un relevé d'identité bancaire (RIB).

> VOS COTISATIONS ET VOTRE COUVERTURE

Périodicité de prélèvement choisie trimestre année
 Par défaut, la cotisation sera prélevée trimestriellement.

	Régime général		Régime Alsace-Moselle	
	Adulte	Par enfant	Adulte	Par enfant (3)
> Ancien salarié retraité	1,49% du PMSS	+ 0,65% du PMSS	0,82 % du PMSS	+ 0,35 % du PMSS
> Ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité	} <u>Par famille</u> 58,88 €		} <u>Par famille</u> 32,33 €	
> Ancien salarié privé d'emploi et bénéficiaire d'un revenu de remplacement				
> Ayant droit d'un salarié décédé				
> Salarié en congé sabbatique, parental, congé pour création d'entreprise, congé sans solde	57 €		31,30 €	

Le montant de la cotisation est à la charge exclusive du salarié en % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (fixé à 3 086 € pour 2013).

> BENEFICIAIRES A 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° de 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 1er 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 1er emploi <input type="checkbox"/> salarié (revenu < RSA)		
3 ^{ème} enfant ⁽³⁾	<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 1er emploi <input type="checkbox"/> salarié (revenu < RSA)		
4 ^{ème} enfant ⁽³⁾	<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 1er emploi <input type="checkbox"/> salarié (revenu < RSA)		
5 ^{ème} enfant ⁽³⁾	<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 1er emploi <input type="checkbox"/> salarié (revenu < RSA)		

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

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

Je joins à mon bulletin individuel d'adhésion 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 Sécurité sociale et Humanis Prévoyance.

A le

Signature du Participant 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.

Régime frais de santé | Convention collective nationale des organismes gestionnaires de foyers et services pour Jeunes Travailleurs - Accord de prévoyance du 16 juillet 2003

> DISPOSITIONS CONTRACTUELLES

Date d'effet du contrat

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

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 accusé 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) »*. A adresser à Humanis Prévoyance - Conseil Santé Service - TSA 42222 - 92246 Malakoff Cedex.

Indexation des cotisations

La cotisation est indexée annuellement au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution de l'indice d'évolution des dépenses de santé du régime de la Sécurité sociale, considéré sur 12 mois, de juin à juin et lissé sur 3 années.

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^{er} 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 de Prévoyance du 16 juillet 2003 pour les entreprises relevant de la Convention Collective Nationale des organismes gestionnaires de foyers et services pour jeunes travailleurs, dont le participant reconnaît avoir pris connaissance par la notice d'information en sa possession. Les modifications éventuelles dudit accord s'appliqueront automatiquement au présent contrat.

Document à conserver en votre possession