

# DÉCLARATION D’AFFILIATION

Affiliation  Modification d’affiliation



## Régime de frais de santé | CCN des Entreprises d’installation sans fabrication y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéraulique, thermique, frigorifique et connexes

### ENTREPRISE

Raison sociale de l’entreprise

N° Siret

Lieu de travail

Affiliation du salarié au contrat d’assurance collective du régime frais de santé CCN015100

Date d’embauche du salarié

Date d’affiliation du salarié au contrat

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 d’affiliation.

Fait le

Cachet et signature de l’employeur

### RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

### POUR FACILITER L’ENREGISTREMENT DE VOTRE DEMANDE

- 1 - Écrivez en lettres capitales.
- 2 - N’oubliez pas de remplir :
  - le tableau des bénéficiaires à garantir ;
  - le mandat de prélèvement SEPA et la périodicité de paiement de votre cotisation (uniquement en cas d’adhésion à titre facultatif).
- 3 - 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 ;
  - la photocopie du livret de famille ;
  - l’attestation de PACS ;
  - attestation sur l’honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins ainsi que tout justificatif de domicile commun (avis d’imposition, facture EDF, bail commun, attestation d’assurance...);
  - s’agissant des enfants : certificat de scolarité, copie du contrat d’apprentissage ou de professionnalisation, attestation d’inscription au Pôle Emploi, carte d’invalidité, copie du dernier bulletin de salaire...
- 4 - Faites remplir et signer la partie « Entreprise ».
- 5 - Dated, signez votre déclaration et renvoyez le tout à :  
Humanis  
348 rue du Puech Villa - BP 7209  
34183 Montpellier cedex 4

### SALARIE

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

(en complétant votre adresse e-mail vous acceptez de recevoir vos décomptes de remboursement ainsi que vos avis d’échéance par mail)



## COUVERTURE DES AYANTS DROIT

Si votre employeur a choisi la couverture des membres de votre famille :

• **à titre obligatoire CCN015100/00, vous devez déclarer vos ayants droit qui sont automatiquement affiliés.**

Cotisation du salarié et de ses ayants droit : Régime Général : 1,97 % du PMSS  
Régime local Alsace-Moselle : 0,99 % du PMSS

L'adhésion des membres de la famille prend effet à la même date d'affiliation que celle du salarié. En cas de modification de votre situation familiale (notamment naissance, décès, séparation...) l'adhésion ou la résiliation de l'adhésion du ou des ayants droit concernés prend effet à la date de l'évènement sous réserve de leur déclaration auprès de l'Institution.

• **à titre facultatif CCN015100/01. Souhaitez-vous étendre la couverture Frais de santé à votre famille (conjoint et/ou enfants à charge tels que désignés ci-après) :**  OUI  NON

L'adhésion des membres de la famille prend effet à la même date d'affiliation que celle du salarié lorsque la demande d'extension est faite simultanément lors de son affiliation. À défaut, l'adhésion des membres de la famille prend effet au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'Institution de la demande d'extension.

**Cotisations au titre de la couverture des ayants droit à titre facultatif (en % du PMSS)**

Régime de Sécurité sociale	Régime Général	Régime local Alsace-Moselle
Conjoint	+ 1,03 %	+ 0,52 %
Par enfant à charge <sup>(1)</sup>	+ 0,66 %	+ 0,33 %

(1) Gratuité à compter du 3<sup>e</sup> enfant

Les cotisations correspondantes ci-dessus s'additionnent aux cotisations du salarié.

Cotisation du salarié : Régime Général : 0,90 % du PMSS  
Régime local Alsace-Moselle : 0,45 % du PMSS

Choix de la périodicité de prélèvement des cotisations :  Mois  Trimestre  Semestre  Année

**Elles sont à sa charge exclusive et prélevées sur son compte bancaire.**

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale, soit 3 170 euros en 2015

## BÉNÉFICIAIRE(S) À COUVRIR (moyennant le paiement des cotisations correspondantes si adhésion facultative)

	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"/>
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	étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> recherche 1 <sup>er</sup> emploi <input type="checkbox"/> autres (à préciser)		<input type="text"/>
2 <sup>e</sup> enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> recherche 1 <sup>er</sup> emploi <input type="checkbox"/> autres (à préciser)		<input type="text"/>
3 <sup>e</sup> enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> recherche 1 <sup>er</sup> emploi <input type="checkbox"/> autres (à préciser)		<input type="text"/>
4 <sup>e</sup> enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> recherche 1 <sup>er</sup> emploi <input type="checkbox"/> autres (à préciser)		<input type="text"/>

(1) ou partenaire lié par un PACS ou concubin - (2) 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 de santé, j'autorise l'échange d'information par télétransmission entre ma caisse d'Assurance maladie et Humanis Prévoyance.

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

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander communication ou rectification de toutes informations vous concernant en adressant un courrier à l'organisme assureur, Service Satisfaction Clients - 303 rue Gabriel Debacq, 45777 Saran cedex.