

DECLARATION D'AFFILIATION

Affiliation Modification d'affiliation



Contrat « surcomplémentaire » | 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

Date d'embauche du salarié

Date d'affiliation du salarié au contrat

Statut du salarié

- Ensemble du personnel
 Personnel Cadre (salariés relevant des articles 4, 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
 Personnel Cadre et article 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)
 Personnel Non Cadre y compris article 36 (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
 Personnel Non Cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)

Type d'adhésion

- OU** Adhésion collective obligatoire (appel de cotisations auprès de l'entreprise)
 Adhésion collective facultative avec appel de cotisations :
OU Collectif auprès de l'entreprise
 Individuel auprès du salarié

Couverture des ayants droit

- À titre obligatoire À titre facultatif

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 - Si vous souhaitez choisir une couverture additionnelle, remplissez un mandat de prélèvement SEPA, la périodicité de votre cotisation, votre option et le tableau « Bénéficiaires à couvrir ».
- 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 ;
 - votre certificat de concubinage ou une attestation sur l'honneur ainsi que les 2 derniers avis d'imposition ;
 - 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.
- 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

SALARIÉ

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



VOS GARANTIES

Si votre employeur a souscrit le contrat « surcomplémentaire » :

- À titre obligatoire : vous êtes automatiquement affilié
- À titre facultatif : souhaitez-vous y adhérer ? Oui Non

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

- À titre obligatoire : vous devez déclarer vos ayants droit qui sont automatiquement affiliés.
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 : souhaitez-vous étendre la couverture Frais de Santé à votre famille (conjoint et/ou enfant à charge) ? 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.

Si le prélèvement des cotisations du contrat « surcomplémentaire » s'effectue sur votre compte, joindre un mandat de prélèvement.

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

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° d'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	étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> recherche 1 ^{er} emploi <input type="checkbox"/> autres (à préciser) <input type="text"/>		
2 ^e 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 ^{er} emploi <input type="checkbox"/> autres (à préciser) <input type="text"/>		
3 ^e 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 ^{er} emploi <input type="checkbox"/> autres (à préciser) <input type="text"/>		
4 ^e 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 ^{er} 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.