

Régime Frais de Santé | Contrat d’assurance collective et contrat “surcomplémentaire” CCN des Administrateurs judiciaires et Mandataires judiciaires

ADHÉRENT

Nom

N° Siret N° Code IDCC

Lieu de travail

Garanties souscrites :

Contrat d’assurance collective du régime frais de santé CCN013100

Contrat standard « surcomplémentaire » à adhésion collective obligatoire du salarié CCN013300/01 - CCN013301/01

Contrat standard « surcomplémentaire » à adhésion collective facultative du salarié CCN013300/02 - CCN013301/02

Date d’embauche Date d’affiliation du salarié au contrat

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

Je reconnais avoir pris connaissance des mentions réglementaires jointes.

À le Signature et cachet de l’adhérent

PARTICIPANT

Nom

Nom de naissance

Prénom

N° de Sécurité sociale

Sexe F M Civilité M. Mme

Situation de famille

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

Date de naissance

Pays de naissance Commune de naissance

Rés, Bât, Appt.

N° Adresse

Code postal Ville

Téléphone

e-mail @

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

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

POUR FACILITER L’ENREGISTREMENT DE VOTRE DÉCLARATION

1 - Écrivez en lettres capitales.

2 - Remplissez au verso de ce document, la demande d’extension si vous le souhaitez, la périodicité de paiement (uniquement en cas d’extension) et le tableau des bénéficiaires de votre contrat Santé.

3 - Joignez les pièces suivantes :

- la copie 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,
- un mandat de prélèvement SEPA (uniquement en cas d’extension).

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, (copie de la carte d’étudiant, copie du contrat d’apprentissage, de professionnalisation ou contrat de travail, attestation d’inscription au Pôle Emploi ou carte d’invalidité...)
- la copie de votre livret de famille,
- l’attestation de PACS,
- votre certificat de concubinage.

4 - Dater et signez votre déclaration.

5 - Transmettez le tout à :

Humanis
348 rue Puech Villa
BP 7209
34183 Montpellier cedex 4

VOS GARANTIES

- Vous bénéficiez du contrat d'assurance collective du régime frais de santé CCN013100 souscrit par votre employeur.
- Vous bénéficiez du contrat standard « surcomplémentaire » à adhésion collective obligatoire (CCN013300/01) si votre employeur l'a souscrit.
- Si votre employeur a souscrit le contrat standard « surcomplémentaire » à adhésion collective facultative (CCN013300/02), vous avez la possibilité d'y adhérer :

Souhaitez-vous y adhérer ? OUI NON

Si vous bénéficiez du contrat standard « surcomplémentaire » à adhésion collective obligatoire ou si vous souscrivez au contrat standard « surcomplémentaire » à adhésion collective facultative, les bénéficiaires au titre de ces contrats sont identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat d'assurance collective du régime frais de santé.

L'adhésion des membres de la famille prend effet à la date d'affiliation du salarié, si leur déclaration a lieu à cette occasion et sous réserve de la fourniture des pièces justificatives.

Postérieurement, en cas de changement de la situation de famille, l'adhésion prend effet à la date de production de l'ensemble des pièces justificatives visées dans la notice d'information.

GARANTIES FACULTATIVES

Demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture Frais de santé à mon conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale

Vous pouvez choisir de couvrir votre conjoint non à charge par une extension facultative souscrite individuellement moyennant le paiement des cotisations correspondantes. En tout état de cause les garanties de l'extension facultative sont identiques aux garanties dont vous bénéficiez au titre de votre contrat d'assurance collective du régime frais de santé et le cas échéant aux garanties que vous avez souscrites au titre de votre contrat standard « surcomplémentaire » collectif.

L'adhésion du conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale prend effet :

- à la même date d'affiliation que le participant,
- à défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation,
- à défaut au 1^{er} janvier, sous réserve que le participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale
	↓	↓	↓	↓
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) conjoint, pacsé, concubin non à charge au sens de la Sécurité sociale

COTISATIONS EN % DU PMSS

(Plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 311 € en 2018)

EXTENSION FACULTATIVE DU CONJOINT NON À CHARGE SÉCURITÉ SOCIALE - CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE CCN013101

	Régime général	Régime local Alsace-Moselle
Conjoint non à charge SS	1,79 %	1,14 %

EXTENSION FACULTATIVE DU CONJOINT NON À CHARGE SÉCURITÉ SOCIALE

Contrat "sucomplémentaire"	Adhésion collective obligatoire CCN013301/01	Adhésion collective facultative CCN013301/02
Conjoint non à charge SS	0,50 %	0,60 %

CONTRAT "SURCOMPLÉMENTAIRE" FACULTATIF CCN013300/02

Famille (Salarié de l'étude et ses ayants droit à l'exception du conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale)	0,78 %
--	---------------

Les cotisations correspondantes ci-dessus s'additionnent aux cotisations du salarié. Elles sont à la charge exclusive du salarié.

Périodicité de prélèvement choisie pour ces cotisations : mensuelle trimestrielle annuelle

BÉNÉFICIAIRES SANTÉ À GARANTIR (moyennant le paiement des cotisations correspondantes)

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale ⁽⁴⁾
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 ⁽²⁾	<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"/> à la recherche d'un 1 ^{er} emploi <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>			
2 ^e enfant ⁽²⁾	<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"/> à la recherche d'un 1 ^{er} emploi <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>			
3 ^e enfant ⁽²⁾	<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"/> à la recherche d'un 1 ^{er} emploi <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>			
Ascendant ⁽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"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>			
Descendant ⁽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"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>			

(1) conjoint, pacsé, concubin à charge Sécurité sociale (2) enfant à charge au sens du contrat d'assurance collective du régime frais de santé (3) ascendant et descendants à charge Sécurité sociale (4) sous lequel sont effectué les remboursements

ENGAGEMENT

Je joins à cette 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.

Je souhaite recevoir des informations sur les offres, produits et services du groupe Humanis par e-mail par sms. Si vous avez coché la (les) case(s) ci-dessus, vos coordonnées personnelles sont collectées pour les besoins de votre demande d'informations, mais sont également susceptibles d'être utilisées à des fins d'information sur les offres, produits et services proposés par le groupe Humanis et ses partenaires en charge d'activités confiées par le groupe.

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

Humanis Prévoyance, institution de prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°410 005 110 dont le siège social se situe au 29 boulevard Edgar Quinet - 75014 Paris • L'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance • Notre organisme est soumis au contrôle de l'ACPR - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09 • Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations que vous nous communiquez sont traitées par l'organisme assureur, responsable de traitement, ou l'organisme gestionnaire par délégation. Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude. Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance. En cas de conclusion d'un contrat, vos données sont conservées conformément aux durées de prescription légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, vos données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant de votre part (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). Vous trouverez l'ensemble des durées de conservation de vos données sur le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement de vos données personnelles ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : protection-donneespersonnelles@humanis.com ou à Groupe HUMANIS - cellule Protection des données personnelles - 141 rue Paul Vaillant Couturier - 92246 Malakoff cedex. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Nous pouvons vous demander de nous fournir un justificatif d'identité pour confirmer votre identité avant de répondre à votre demande. Pour en savoir plus, consultez le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>. En tout état de cause, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07 • Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous bénéficiez du droit de vous inscrire gratuitement sur la liste dite « Bloctel » d'opposition au démarchage téléphonique, accessible par le lien www.bloctel.gouv.fr, conformément aux dispositions des articles L.223-1 à L.223-7 du code de la consommation. Toutefois, tant que le contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, cette inscription n'interdit pas à l'institution de vous démarcher téléphoniquement si vous ne vous êtes pas opposé auprès de l'institution, à l'adresse mentionnée ci-dessus, à l'utilisation de vos coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

COORDONNÉES DE NOTRE CENTRE DE GESTION

Humanis : 348 rue Puech Villa - BP 7209 - Parc Euromédecine - 34183 Montpellier cedex 4 - Tél. 09 69 39 08 33
APPEL NON SURTAXÉ