

Frais de Santé | CCN des Établissements d’Enseignement Privés Sous Contrat (EEP SANTÉ)

> EMPLOYEUR (ADHÉRENT)

Raison sociale

Lieu de travail

Siren/Siret Code NAF

Je soussigné, certifie que le salarié ci-dessous désigné, est présent aux effectifs de l’établissement à la date de signature de la présente déclaration.

À le *Signature et cachet de l’établissement*

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

POUR FACILITER L’ENREGISTREMENT DE VOTRE BULLETIN

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Remplissez au verso de ce document, le tableau des bénéficiaires de votre contrat santé et le mandat de prélèvement joint.
- 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.
 - une photocopie de votre livret de famille s’il y a des ayants droit non à charge au sens de la sécurité sociale.

Pour nous permettre l’étude des droits d’inscription :

- **enfant de moins de 26 ans** : tout document justifiant de sa situation actuelle (certificat de scolarité, copie du contrat d’apprentissage, notification de décision d’indemnisation ou non de Pôle Emploi, dernier bulletin de salaire,...)
- **enfant en situation de handicap avec un taux d’incapacité supérieur ou égal à 80 %** : tout document justificatif (notification de l’invalidité, attestation de versement de l’AES, AAH, AHH...)
- **partenaire lié par un PACS** : attestation de PACS
- **concubin** : attestation sur l’honneur de concubinage signée par les 2 concubins et tout justificatif de domicile commun.

> SALARIÉ

Nom

Nom de Naissance

Prénom

N° 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

Date d’entrée dans l’établissement

Date d’effet de l’adhésion

Catégorie d’emploi : Cadre Non cadre

N° IDCC

Strate

Fonction

Rés, Bât, Appt.

N° Adresse

Code postal Ville

Téléphone e-mail⁽¹⁾

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

- 4- Dated, signez votre déclaration.
- 5- Transmettez le tout à :
Humanis
TSA 77374
34186 Montpellier cedex 4



> NIVEAU DE COUVERTURE ET COTISATIONS

- J'adhère au socle obligatoire. La cotisation correspondante est prélevée sur mon bulletin de salaire.
- Je choisis une couverture optionnelle pour améliorer à titre facultatif les prestations prévues par le socle obligatoire, moyennant une cotisation supplémentaire à ma charge exclusive :
- option 1 option 2
- Je choisis d'affilier à titre facultatif moyennant une cotisation supplémentaire à ma charge exclusive :
- mon conjoint (ou concubin ou pacsé) mon/ mes enfant(s) : Nombre :
- J'ai noté qu'ils sont couverts par le même niveau de garanties que moi-même.

Les cotisations sont fixées en pourcentage du PMSS en vigueur (3269 € pour 2017) :

	<input type="checkbox"/> Je relève du Régime général de la Sécurité sociale ou du Régime agricole			<input type="checkbox"/> Je relève du Régime Alsace-Moselle		
	Régime socle	Option 1 (en complément du régime socle)	Option 2 (en complément du régime socle)	Régime socle	Option 1 (en complément du régime socle)	Option 2 (en complément du régime socle)
Salarié	1,15 %	0,29 %	0,77 %	0,69 %	0,29 %	0,77 %
Conjoint	1,26 %	0,29 %	0,77 %	0,76 %	0,29 %	0,77 %
Par enfant ⁽¹⁾	0,63 %	0,16 %	0,42 %	0,38 %	0,16 %	0,42 %

(1) Gratuité à compter du 3^{ème} enfant. - La cotisation est payable mensuellement à terme d'avance dans les 15 premiers jours de chaque mois civil.

> BENEFICIAIRES A GARANTIR

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

(1) ou partenaire lié par un PACS ou concubin - (2) sous lequel sont effectués les remboursements.

Afin de permettre le remboursement rapide de mes frais de santé, j'autorise la télétransmission de mes décomptes par ma Caisse d'Assurance Maladie à Humanis Prévoyance.

Je joins à mon bulletin les pièces justificatives indiquées. La notice d'information me sera remise par mon employeur.

J'accepte que mon adhésion auprès d'Humanis Prévoyance prenne effet à la date d'effet de l'adhésion indiquée sur le présent bulletin et je reconnais avoir été informé du montant des cotisations dues. J'autorise Humanis Prévoyance à prélever sur mon compte bancaire le montant des cotisations.

A 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.