

## Régime Frais de santé

Convention Collective Nationale des Gardiens, Concierges et Employés d’immeubles



### > ADHÉRENT

Nom   
N° Siret   
Lieu de travail   
Date d'embauche   
Date d'affiliation du salarié au contrat   
Rémunération brute annuelle  €

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.

A  le  *Signature et cachet de l'adhérent*

### > SALARIÉ

Nom   
Nom de naissance   
Prénom   
N° de 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

Rés, Bât, Appt.   
N°  Adresse   
  
Code postal  Ville   
Téléphone   
e-mail  @

(en complétant ces coordonnées, vous recevrez vos décomptes de remboursement ainsi que vos avis d'échéance par mail)

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° Contrats CCN011100/CCN011101

N° ENTREPRISE

### POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DECLARATION

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Remplissez au verso de ce document, la demande d'extension si vous le souhaitez et le tableau des bénéficiaires de votre contrat Santé.
- 3- Joignez les pièces suivantes :
  - la copie de l'attestation d'ouverture de droits délivrée par la CPAM, et celle pour chaque membre de votre famille bénéficiant du contrat Santé.
  - votre relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

#### 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,
- la copie de votre livret de famille,
- l'attestation de PACS,
- votre certificat de concubinage,
- votre formulaire de prélèvement SEPA joint.

#### 4- Dater et signez votre déclaration

#### 5- Transmettez le tout à :

**Centre de gestion HUMANIS**  
CCN Gardiens d'immeubles  
Service Adhésions  
28040 Chartres Cedex



## > VOS GARANTIES

Je demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture Frais de santé à ma famille (conjoint et/ou enfants à charge tels que désignés ci-après)

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. A défaut, l'adhésion des membres de la famille prend effet à la date de l'évènement dans le cas d'une affiliation suite à un changement de situation familiale, et dans les autres cas, au 1<sup>er</sup> janvier, sous réserve que le salarié en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

Cotisations supplémentaires (en % du PMSS)	Régime général	Régime local Alsace-Moselle
Conjoint	+ 1,87 %	+ 1,34 %
Par Enfant *	+ 0,86 %	+ 0,62 %

\* gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

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

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

Périodicité de prélèvement choisie  mensuelle

## > BÉNÉFICIAIRES SANTÉ À GARANTIR

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale <sup>(3)</sup>
Conjoint (1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	salarié <input type="checkbox"/> profession indépendante <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
1 <sup>er</sup> 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 <sup>er</sup> emploi <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
2 <sup>ème</sup> 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 <sup>er</sup> emploi <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
3 <sup>ème</sup> 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 <sup>er</sup> emploi <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
4 <sup>ème</sup> 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 <sup>er</sup> emploi <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
5 <sup>ème</sup> 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 <sup>er</sup> emploi <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		

(1) ou partenaire lié par un PACS ou concubin - (2) enfant à charge au sens du régime - (3) sous lequel sont effectués les remboursements.

Je joins à cette déclaration d'affiliation 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 d'Assurance Maladie et Humanis Prévoyance.

J'accepte de recevoir des informations sur les offres, produits et services du groupe Humanis (courrier, téléphone, SMS, MMS, email).

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

Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données personnelles en écrivant à l'adresse :

Groupe Humanis - cellule CNIL - satisfaction clients - 303 rue Gabriel Debacq - 45777 Saran cedex ou par courriel à [contact-cnil@humanis.com](mailto:contact-cnil@humanis.com).

Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.