

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- **Datez et signez votre déclaration**

5- **Transmettez le tout à :**
Centre de gestion HUMANIS
CCN Gardiens d'immeubles
Service Adhésions
28040 Chartres Cedex



