

DÉCLARATION D’AFFILIATION

Adhésion

Modification d’adhésion

Frais de santé | CCN Animation

ENTREPRISE

Raison sociale de l’entreprise

N° Siret

Lieu de travail

Affiliation du salarié au contrat d’assurance collective du régime frais de santé CCN019100

Date d’embauche du salarié

Date d’affiliation du salarié au contrat

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

Je reconnais avoir pris connaissance des mentions réglementaires jointes.

Fait le

Signature et cachet de l’employeur

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

POUR FACILITER L’ENREGISTREMENT DE VOTRE DÉCLARATION

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- N’oubliez pas de remplir : le tableau des bénéficiaires à garantir ;
 - le mandat de prélèvement SEPA et la périodicité de paiement de votre cotisation (uniquement en cas d’adhésion à titre facultatif).
- 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 ;
 - attestation sur l’honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins ainsi que tout justificatif de domicile commun (avis d’imposition, facture EDF, bail commun, attestation d’assurance...);
 - s’agissant des enfants : certificat de scolarité, copie du contrat d’apprentissage ou de professionnalisation, attestation d’inscription au Pôle Emploi, carte d’invalidité, copie du dernier bulletin de salaire.
- 4- Faites remplir et signer la partie « Entreprise ».
- 5- Dated et signez votre déclaration renvoyez le tout à l’adresse indiquée à la fin de ce document.

SALARIÉ

Nom

Nom de naissance

Prénom

N° de Sécurité sociale

Sexe : F M

Civilité : M. Mme Melle

Situation de famille

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

Date de naissance

Rés, Bât, Appt.

N° Adresse

Code postal Ville

Téléphone

Email

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

COUVERTURE FACULTATIVE

Demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture Frais de santé à ma famille CCN019101 / CCN019101/03 (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. À défaut, l'adhésion des membres de la famille prend effet à la date de survenance de l'évènement dans le cas d'une affiliation suite à un changement de situation familiale, et dans les autres cas, au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la présente déclaration d'affiliation.

Cotisations au titre de la couverture facultative (en % du PMSS)

Régime de Sécurité sociale	Régime général	Régime local Alsace-Moselle
Conjoint	+ 1,08 %	+ 0,48 %
Par enfant *	+ 0,70 %	+ 0,34 %

* gratuité à compter du 3^{ème} enfant

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, soit 3377 euros en 2019

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

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

Choix de la périodicité de prélèvement des cotisations : mois trimestre semestre année

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

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale ⁽³⁾
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 ^{ème} 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 ^{ème} 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"/>			
4 ^{ème} 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"/>			

(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 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.

Je reconnais avoir pris connaissance des mentions réglementaires jointes.

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 - Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris. • L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution - 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 prescriptions 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 disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification, l'effacement de vos données personnelles et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également du droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans la limite fixée par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés en justifiant de votre identité en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) du groupe Malakoff Médéric Humanis par mail à dpo@malakoffmederic-humanis.com ou par courrier à Malakoff Médéric Humanis - Pôle Informatique et Libertés - 21 rue Laffitte - 75317 Paris cedex 9. Pour en savoir plus, vous pouvez consulter notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet. En cas de réclamation relative à la protection des données, 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.

NOS COORDONNÉES

Malakoff Médéric Humanis - 348 rue Puech Villa - BP 7209 - Parc Euromédecine - Parc Euromédecine - 34183 Montpellier cedex 4 - Tél. : 09 69 32 21 86
APPEL NON SURTAXÉ