

## Frais de Santé | CCN de l’Enseignement Privé Indépendant - Contrat d’assurance collective

### ENTREPRISE

Raison sociale

N° Siret

Pour les écoles concernées, déclaration d’ouverture du rectorat de

En date du

Lieu de travail

Nom du Participant :  Prénom :  Congé parental :

Date d’embauche  Date d’affiliation

GARANTIES SOUSCRITES PAR L’ENTREPRISE AU TITRE DU CONTRAT D’ASSURANCE COLLECTIVE :

Régime de base obligatoire frais de santé de l’Enseignement Privé Indépendant :

- NIVEAU A contrat n°CCN024100
- NIVEAU B contrat n°CCN024100 / n°CCN024101
- NIVEAU C contrat n°CCN024100 / n°CCN024102
- NIVEAU D contrat n°CCN024100 / n°CCN024103

Garanties optionnelles frais de santé de l’Enseignement Privé Indépendant :

- Contrat d’assurance collective du régime frais de santé de l’Enseignement Privé Indépendant NIVEAU A et niveaux de garanties proposées à titre optionnel : NIVEAU B, NIVEAU C et NIVEAU D.
- Contrat d’assurance collective du régime frais de santé de l’Enseignement Privé Indépendant NIVEAU B et niveaux de garanties proposées à titre optionnel : NIVEAU C et NIVEAU D.
- Contrat d’assurance collective du régime frais de santé de l’Enseignement Privé Indépendant NIVEAU C et niveau de garanties proposé à titre optionnel : NIVEAU D.

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

A  le  *Signature et cachet de l’entreprise*

### RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

Contrat Niveau A : CCN024100

Contrat Niveau B : CCN024100 / CCN024101

Contrat Niveau C : CCN024100 / CCN024102

Contrat Niveau D : CCN024100 / CCN024103

### POUR FACILITER L’ENREGISTREMENT DE VOTRE ADHÉSION

- 1- **Ecrivez** en lettres capitales.
- 2- N’oubliez pas de remplir :
  - le tableau des bénéficiaires à garantir,
  - la périodicité de paiement de votre cotisation (inutile si seule votre affiliation à titre obligatoire est demandée par la présente déclaration).
- 3- **Joignez les pièces suivantes :**
  - la **photocopie de l’attestation jointe à votre carte Vitale et celle pour chaque bénéficiaire, assuré social en propre.**
  - **joindre un mandat de prélèvement (inutile si seule votre affiliation à titre obligatoire est demandée par la présente déclaration) et selon votre situation :**
    - copie du livret de famille (conjoint marié),
    - photocopie de l’attestation de PACS (pacsé),
    - 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...
- 4- **Datéz et signez votre déclaration.**
- 5- **Transmettez** le tout au centre de gestion Humanis :  
Humanis  
CS Branche Pro  
TSA 71501  
59049 Lille cedex  
Tél : 09 69 36 72 59  
(appel non surtaxé)

### 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)



## PARTICIPANT (SUITE)

Date de naissance

Rés, Bât, Appt.

N°    Adresse

Code postal     Ville

Téléphone

e-mail <sup>(1)</sup>  @

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

J'autorise la télétransmission de mes décomptes par ma Caisse d'Assurance Maladie à Humanis Prévoyance (NOEMIE).

Je n'autorise pas la télétransmission de mes décomptes par ma Caisse d'Assurance Maladie à Humanis Prévoyance (NOEMIE).

Attention, si vous renoncez, vous devrez envoyer à Humanis Prévoyance les décomptes originaux de votre caisse de Sécurité sociale pour bénéficier des prestations complémentaires. Pour refuser, vous devez le notifier par écrit ci-dessus en cochant la mention « Je n'autorise pas la télétransmission automatique ».

## GARANTIES

Vous bénéficiez du contrat d'assurance collective obligatoire du régime frais de santé de l'Enseignement Privé Indépendant souscrit par votre employeur (cf notice d'information qui doit vous être remise par votre employeur).

- Vous pouvez faire bénéficier vos ayants droit du régime de base obligatoire frais de santé de l'Enseignement Privé Indépendant souscrit par votre employeur.

- Vous pouvez adhérer aux garanties optionnelles.

Si vous bénéficiez des garanties optionnelles, les bénéficiaires de ces garanties seront identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au régime de base conventionnel. Veuillez effectuer votre (vos) choix dans le tableau ci-dessous, en fonction de la structure de cotisation choisie par votre employeur. Les cotisations sont maintenues jusqu'au 31 décembre 2020 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité sociale.

## COTISATION 1

Si structure de cotisation « Participant / conjoint / enfant / famille » choisie par l'employeur :

	en % PMSS	Niveau A obligatoire Souscrit par l'entreprise		Niveau B obligatoire Souscrit par l'entreprise		Niveau C obligatoire Souscrit par l'entreprise		Niveau D obligatoire Souscrit par l'entreprise	
		RG	RL	RG	RL	RG	RL	RG	RL
		Participant	0,98	0,36	1,60	0,97	1,91	1,28	2,27
Extension aux ayants droit	Conjoint	<input type="checkbox"/> + 1,08	<input type="checkbox"/> + 0,40	<input type="checkbox"/> + 1,76	<input type="checkbox"/> + 1,05	<input type="checkbox"/> + 2,10	<input type="checkbox"/> + 1,39	<input type="checkbox"/> + 2,49	<input type="checkbox"/> + 1,81
	Enfant *	<input type="checkbox"/> + 0,61	<input type="checkbox"/> + 0,23	<input type="checkbox"/> + 1,03	<input type="checkbox"/> + 0,64	<input type="checkbox"/> + 1,23	<input type="checkbox"/> + 0,83	<input type="checkbox"/> + 1,44	<input type="checkbox"/> + 1,05
	Famille	<input type="checkbox"/> + 2,77	<input type="checkbox"/> + 0,86	<input type="checkbox"/> + 3,82	<input type="checkbox"/> + 2,33	<input type="checkbox"/> + 4,56	<input type="checkbox"/> + 3,06	<input type="checkbox"/> + 5,37	<input type="checkbox"/> + 3,91
Souscription Garantie Optionnelle	Participant	<input type="checkbox"/> B : + 0,58 <input type="checkbox"/> C : + 0,93 <input type="checkbox"/> D : + 1,33	<input type="checkbox"/> B : + 0,58 <input type="checkbox"/> C : + 0,93 <input type="checkbox"/> D : + 1,33	<input type="checkbox"/> C : + 0,38 <input type="checkbox"/> D : + 0,80	<input type="checkbox"/> C : + 0,38 <input type="checkbox"/> D : + 0,80	<input type="checkbox"/> D : + 0,49	<input type="checkbox"/> D : + 0,49		
	Conjoint	<input type="checkbox"/> B : + 0,64 <input type="checkbox"/> C : + 1,01 <input type="checkbox"/> D : + 1,46	<input type="checkbox"/> B : + 0,64 <input type="checkbox"/> C : + 1,01 <input type="checkbox"/> D : + 1,46	<input type="checkbox"/> C : + 0,42 <input type="checkbox"/> D : + 0,88	<input type="checkbox"/> C : + 0,42 <input type="checkbox"/> D : + 0,88	<input type="checkbox"/> D : + 0,54	<input type="checkbox"/> D : + 0,54		
	Enfant *	<input type="checkbox"/> B : + 0,40 <input type="checkbox"/> C : + 0,61 <input type="checkbox"/> D : + 0,86	<input type="checkbox"/> B : + 0,40 <input type="checkbox"/> C : + 0,61 <input type="checkbox"/> D : + 0,86	<input type="checkbox"/> C : + 0,24 <input type="checkbox"/> D : + 0,50	<input type="checkbox"/> C : + 0,24 <input type="checkbox"/> D : + 0,50	<input type="checkbox"/> D : + 0,30	<input type="checkbox"/> D : + 0,30		
	Famille	<input type="checkbox"/> B : + 1,44 <input type="checkbox"/> C : + 2,23 <input type="checkbox"/> D : + 3,18	<input type="checkbox"/> B : + 1,44 <input type="checkbox"/> C : + 2,23 <input type="checkbox"/> D : + 3,18	<input type="checkbox"/> C : + 0,90 <input type="checkbox"/> D : + 1,88	<input type="checkbox"/> C : + 0,90 <input type="checkbox"/> D : + 1,88	<input type="checkbox"/> D : + 1,16	<input type="checkbox"/> D : + 1,16		

\* Gratuité de la cotisation "Enfant" à partir du 3ème enfant

RG : régime général de Sécurité sociale / RL : régime local d'Alsace-Moselle / PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale



## COTISATION 2

Si structure de cotisation « famille » choisie par l'employeur :

	en % PMSS	Niveau A obligatoire Souscrit par l'entreprise		Niveau B obligatoire Souscrit par l'entreprise		Niveau C obligatoire Souscrit par l'entreprise		Niveau D obligatoire Souscrit par l'entreprise	
		RG	RL	RG	RL	RG	RL	RG	RL
	Famille régime obligatoire	1,77	0,66	2,91	1,78	3,47	2,33	4,10	3,00
Extension Niveau B	Famille	<input type="checkbox"/> + 1,27	<input type="checkbox"/> + 1,27						
Extension Niveau C	Famille	<input type="checkbox"/> + 2,12	<input type="checkbox"/> + 2,12	<input type="checkbox"/> + 0,72	<input type="checkbox"/> + 0,72				
Extension Niveau D	Famille	<input type="checkbox"/> + 2,94	<input type="checkbox"/> + 2,84	<input type="checkbox"/> + 1,41	<input type="checkbox"/> + 1,41	<input type="checkbox"/> + 0,59	<input type="checkbox"/> + 0,59		

**RG** : régime général de Sécurité sociale / **RL** : régime local d'Alsace-Moselle / **PMSS** : plafond mensuel de la Sécurité sociale

**Les cotisations de l'extension facultative du régime collectif obligatoire et celles des garanties optionnelles sont à votre charge exclusive.**

- Quel est le mode de paiement choisi :  chèque  virement  mandat cash  prélèvement

- Si j'opte pour le prélèvement quelle est la périodicité de prélèvement choisie :  mensuelle  trimestrielle

L'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance

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

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale <sup>(2)</sup>
Conjoint <sup>(1)</sup>	<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 <sup>er</sup> 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) <input type="text"/>			
2 <sup>ème</sup> 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) <input type="text"/>			
3 <sup>ème</sup> 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) <input type="text"/>			
4 <sup>ème</sup> 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) <input type="text"/>			
5 <sup>ème</sup> 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) <input type="text"/>			

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

## RÉSERVÉ AU PARTICIPANT

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, les données à caractère personnel 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.

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](http://www.bloctel.gouv.fr), conformément aux dispositions des articles L.223-1 à L.223-7 du code de la consommation.

Je joins à mon bulletin les pièces justificatives indiquées page 1.

Par ma signature, j'accepte que les données de santé que je communique en vue de permettre le règlement des prestations fassent l'objet de traitements (y compris informatisés) sous le contrôle du Médecin-conseil d'Humanis Prévoyance.

A  le

**Signature du Participant précédée de la mention " lu et approuvé "**

*Les données personnelles que vous nous communiquez via ce formulaire sont nécessaires à la gestion de votre contrat. Elles sont destinées exclusivement aux entités composant le groupe Humanis ainsi qu'aux partenaires du groupe en charge d'activités confiées par ce dernier. Conformément à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant à exercer par courriel à [contact-cnill@humanis.com](mailto:contact-cnill@humanis.com) ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe Humanis - Cellule CNIL - Satisfaction clients - 303 rue Gabriel Debacq - 45777 Saran cedex. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Vous disposez également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données. Vos données personnelles sont conservées pendant une durée maximale de deux années à compter de la fin des relations contractuelles vous liant au groupe Humanis. Le groupe prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformément à la loi précitée.*

*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 : 29, Boulevard Edgar Quinet 75014 Paris - Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 61 rue Taitbout 75009 Paris*

*Les garanties assistance sont portées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL, société anonyme au capital de 3.500.000 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre, sous le n° 433 012 689, située au 108, Bureaux de la Colline - 92213 Saint Cloud cedex.*