

Humanis Santé Sport | Contrat socle collectif obligatoire et contrat surcomplémentaire collectif facultatif

> ADHÉRENT

Raison sociale

Lieu de travail

N° Siret

Date d’affiliation

Date d’embauche

• Statut du salarié : Personnel Cadre Personnel Non cadre

• Garanties souscrites par l’entreprise :

Contrat socle collectif obligatoire : Sport 1
 Sport 2
 Sport 3
 Sport 4

Contrat surcomplémentaire collectif facultatif Humanis Santé Sport :

- Contrat socle obligatoire Sport 1 et niveaux de garanties proposées au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif : Sport 2, Sport 3 et Sport 4.
- Contrat socle obligatoire Sport 2 et niveaux de garanties proposées au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif : Sport 3 et Sport 4.
- Contrat socle obligatoire Sport 3 et niveaux de garanties proposées au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif : Sport 4.

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

À le *Signature et cachet de l’Adhérent*

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ADHÉRENT

POUR FACILITER L’ENREGISTREMENT DE VOTRE ADHÉSION

- 1- **Ecrivez** en lettres capitales.
- 2- **Remplissez** au verso de ce document, le **tableau des bénéficiaires** de votre contrat Santé. Si vous souscrivez à des contrats facultatifs complétez la périodicité de paiement de votre cotisation et joignez le mandat de prélèvement.
- 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

Et selon votre situation :

- **conjoint marié** : la photocopie du livret de famille,
- **conjoint pacsé** : la photocopie de l’attestation de PACS,
- **concubin** : l’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** : la photocopie de la carte d’étudiant, du contrat d’apprentissage ou de professionnalisation, l’attestation d’inscription au Pôle Emploi ou la carte d’invalidité,...

4- **Datez et signez** votre bulletin

5- **Transmettez** le tout à :

Humanis Prévoyance
TSA 77374
34186 Montpellier cedex 4

Tél. 09 69 39 08 33
APPEL NON SURTAXÉ

> PARTICIPANT

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 ⁽¹⁾ @

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

> GARANTIES

- Vous bénéficiez du contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé Sport » souscrit par votre employeur tel que défini ci-dessus.
- Souhaitez-vous faire bénéficier vos ayants droit (conjoint et/ou enfants à charge tels que désignés ci-après) du contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé Sport » :

oui non

L'affiliation des ayants droit prend effet à la même date d'affiliation que celle du salarié lorsque la demande d'extension est faite simultanément. À défaut, l'affiliation des ayants droit 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^{er} janvier, sous réserve que le salarié en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

- Si votre employeur a souscrit le contrat surcomplémentaire collectif facultatif, vous avez la possibilité d'y adhérer. Souhaitez-vous y adhérer ?

oui non

• Option choisie :

> Si votre employeur a souscrit le contrat socle obligatoire Sport 1 : Sport 2 Sport 3 Sport 4

> Si votre employeur a souscrit le contrat socle obligatoire Sport 2 : Sport 3 Sport 4

> Si votre employeur a souscrit le contrat socle obligatoire Sport 3 : Sport 4

L'appel des cotisations du contrat surcomplémentaire collectif facultatif s'effectue selon les modalités retenues par votre entreprise.

Si vous bénéficiez du contrat surcomplémentaire collectif facultatif « Humanis Santé Sport », les bénéficiaires au titre de ces contrats sont identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat d'assurance collective du régime frais de santé.

- Périodicité de prélèvement choisie pour les cotisations à la charge exclusive du salarié :

mensuelle trimestrielle semestrielle annuelle

> COTISATIONS

EXTENSION FACULTATIVE DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE AUX AYANTS DROIT

• Contrat socle obligatoire - Sport 1

Cotisations à la charge exclusive du salarié

Cotisations en % du PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3311 euros en 2018)	Régime général	Régime Alsace Moselle
Affiliation facultative des ayants droit		
Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations du salarié		
Conjoint	+ 1,12 %	+ 0,56 %
Enfant ⁽¹⁾	+ 0,62 %	+ 0,31 %

(1) Gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

• Contrat surcomplémentaire collectif facultatif - Sport 2, Sport 3 et Sport 4

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire - Sport 1

Cotisations en % du PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3311 euros en 2018)	Sport 2 Régime général et Régime Alsace Moselle	Sport 3 Régime général et Régime Alsace Moselle	Sport 4 Régime général et Régime Alsace Moselle
Salarié	+ 0,17 %	+ 0,38 %	+ 0,65 %
Affiliation des ayants droit			
Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations du salarié			
Conjoint	+ 0,20 %	+ 0,43 %	+ 0,73 %
Enfant ⁽¹⁾	+ 0,13 %	+ 0,32 %	+ 0,44 %

(1) Gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

OU

• Contrat socle obligatoire - Sport 2

Cotisations à la charge exclusive du salarié

Cotisations en % du PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3311 euros en 2018)	Régime général	Régime Alsace Moselle
Affiliation facultative des ayants droit		

Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations du salarié

Conjoint	+ 1,29 %	+ 0,73 %
Enfant ⁽¹⁾	+ 0,72 %	+ 0,41 %

(1) Gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

• Contrat surcomplémentaire collectif facultatif - Sport 3 et Sport 4

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire - Sport 2

Cotisations en % du PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3311 euros en 2018)	Sport 3 Régime général et Régime Alsace Moselle	Sport 4 Régime général et Régime Alsace Moselle
Salarié	+ 0,17 %	+ 0,46 %
Affiliation des ayants droit		

Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations du salarié

Conjoint	+ 0,20 %	+ 0,51 %
Enfant ⁽¹⁾	+ 0,17 %	+ 0,30 %

(1) Gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

OU

• Contrat socle obligatoire - Sport 3

Cotisations à la charge exclusive du salarié

Cotisations en % du PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3311 euros en 2018)	Régime général	Régime Alsace Moselle
Affiliation facultative des ayants droit		

Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations du salarié

Conjoint	+ 1,46 %	+ 0,90 %
Enfant ⁽¹⁾	+ 0,88 %	+ 0,57 %

(1) Gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

• Contrat surcomplémentaire collectif facultatif - Sport 4

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire - Sport 3

Cotisations en % du PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3311 euros en 2018)	Sport 4 Régime général et Régime Alsace Moselle
Salarié	+ 0,25 %
Affiliation des ayants droit	

Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations du salarié

Conjoint	+ 0,28 %
Enfant ⁽¹⁾	+ 0,10 %

(1) Gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

> COTISATIONS

OU

• Contrat socle obligatoire - Sport 4

Cotisations à la charge exclusive du salarié

Cotisations en % du PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3311 euros en 2018)	Régime général	Régime Alsace Moselle
Affiliation facultative des ayants droit		

Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations du salarié

Conjoint	+ 1,70 %	+ 1,14 %
Enfant ⁽¹⁾	+ 0,97 %	+ 0,66 %

(1) Gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

BÉNÉFICIAIRES SANTÉ À GARANTIR (moyennant paiement des cotisations correspondantes)

	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) <input type="text"/>		
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) <input type="text"/>		
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) <input type="text"/>		
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) <input type="text"/>		
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) <input type="text"/>		
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) <input type="text"/>		

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

Je joins à mon bulletin les pièces justificatives indiquées au recto. Les garanties figurent dans la notice d'information qui me sera remise par mon employeur. 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 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.

À le

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