

Frais de Santé | CCN Jardineries et Graineteries - Contrat socle collectif obligatoire

> ADHÉRENT

Raison sociale

Lieu de travail

N° Siret

Déclaration d’affiliation du salarié au contrat socle collectif obligatoire n° CCN022100 ou n°CCN022100/03

le cas échéant (à remplir par l’Adhérent) :

Date d’embauche

Date d’affiliation

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*

> 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)

Date de naissance

Rés, Bât, Appt.

N° Adresse

Code postal Ville

Téléphone

e-mail @

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

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

CONTRAT : CCN022100 - CCN022100/03

CCN022301/00 - CCN022301/01

CCN022401/00 - CCN022401/01

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, la périodicité de paiement de votre cotisation et le mandat de prélèvement joint (inutile pour les deux derniers documents, 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 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- Dater et signez votre bulletin

5- Transmettez le tout à :

Humanis
348 rue Puech Villa
BP 7209 - Parc Euromédecine
34183 Montpellier cedex 4



> COUVERTURE DES AYANTS DROIT

Demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture frais de santé de mon conjoint (tel que désigné ci-après) n°CCN022101 ou n°CCN022101/03 le cas échéant.

Demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture frais de santé de mes enfants à charge (tels que désignés ci-après) n°CCN022101 ou n°CCN022101/03 le cas échéant.

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 l'évènement dans le cas d'une affiliation suite à un changement de situation familiale, et dans les autres cas, au 1er janvier, sous réserve que le salarié en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

> COTISATIONS AU TITRE DE LA COUVERTURE DES AYANTS DROIT À TITRE FACULTATIF

• Salariés actifs relevant de la MSA

COTISATIONS EN % DU PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 269 euros en 2017)

Régime de Sécurité sociale	Régime Agricole	Régime local Alsace Moselle
Conjoint (CCN022101)	+ 0,77 %	+ 0,38 %
Par enfant à charge ⁽¹⁾ (CCN022101)	+ 0,48 %	+ 0,23 %

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

• Salariés actifs relevant du Régime Général

COTISATIONS EN % DU PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 269 euros en 2017)

Régime de Sécurité sociale	Régime Général	Régime local Alsace Moselle
Conjoint (CCN022101/03)	+ 0,82 %	+ 0,41 %
Par enfant à charge ⁽¹⁾ (CCN022101/03)	+ 0,50 %	+ 0,25 %

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

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 pour les cotisations à la charge exclusive du salarié :

mensuelle trimestrielle semestrielle annuelle

BÉNÉFICIAIRES SANTÉ À GARANTIR (moyennant paiement des cotisations correspondantes)

Les bénéficiaires sont nécessairement les mêmes que ceux du contrat socle collectif obligatoire.

	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"/>		

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

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.

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 ;

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