

Frais de Santé | CCN Jardinerie et Graineterie - Contrat surcomplémentaire collectif

> ENTREPRISE

Raison sociale

Lieu de travail

• Option souscrite (cochez l'option effectivement souscrite sur votre contrat d'adhésion)

Option 1	Option 2
<input type="checkbox"/> A titre obligatoire	<input type="checkbox"/> A titre obligatoire
<input type="checkbox"/> A titre facultatif	<input type="checkbox"/> A titre facultatif

• Catégorie de personnel (cochez la catégorie correspondante)

Catégorie	
	<input type="checkbox"/> L'ensemble de son personnel
	<input type="checkbox"/> Son personnel Cadre (salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
	<input type="checkbox"/> Son personnel Cadre et article 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)
	<input type="checkbox"/> Son personnel Non cadre y compris article 36 (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
	<input type="checkbox"/> Son personnel Non cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)

> 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 @

Date d'effet de l'adhésion souhaitée (ou date de modification)

> GARANTIES

• Vous bénéficiez du contrat d'assurance collective du régime frais de santé « contrat socle collectif obligatoire » n° CCN020100/00 souscrit par votre employeur.

• Vous retenez l'option suivante, dans les conditions décrites à la notice d'information :

Option 1 Option 2

• Couverture des ayants droit :

Demande l'extension, à titre facultatif, de la couverture frais de santé retenue ci-dessus à ma famille (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 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.

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- **Datez et signez** votre bulletin
 - 5- **Transmettez** le tout à :
Humanis
348 rue Puech Villa
BP 7209 - Parc Euromédecine
34183 Montpellier cedex 4



