

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



> COTISATIONS

• 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	OPTION 1		OPTION 2	
	Régime Agricole	Régime local Alsace Moselle	Régime Agricole	Régime local Alsace Moselle
Participant seul (CCN022301/00) <i>Adhésion facultative</i>	+ 0,42 %	+ 0,42 %	+ 0,82 %	+ 0,82 %
Conjoint (CCN022301/01) <i>Adhésion facultative</i>	+ 0,48 %	+ 0,48 %	+ 0,94 %	+ 0,94 %
Par enfant à charge ⁽¹⁾ (CCN022301/01) <i>Adhésion facultative</i>	+ 0,29 %	+ 0,29 %	+ 0,59 %	+ 0,59 %

(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	OPTION 1		OPTION 2	
	Régime Général	Régime local Alsace Moselle	Régime Général	Régime local Alsace Moselle
Participant seul (CCN022401/00) <i>Adhésion facultative</i>	+ 0,45 %	+ 0,45 %	+ 0,87 %	+ 0,87 %
Conjoint (CCN022401/01) <i>Adhésion facultative</i>	+ 0,51 %	+ 0,51 %	+ 1,00 %	+ 1,00 %
Par enfant à charge ⁽¹⁾ (CCN022401/01) <i>Adhésion facultative</i>	+ 0,31 %	+ 0,31 %	+ 0,63 %	+ 0,63 %

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

• Selon le choix effectué par l'entreprise, le prélèvement des cotisations s'effectue auprès de l'entreprise qui en assure le précompte (pour les cotisations afférentes à la seule couverture du Participant) ou par prélèvement direct sur le compte bancaire du Participant. Dans ce dernier cas, et pour les cotisations correspondantes à la couverture des ayants-droits, les cotisations sont à la charge exclusive du Participant.

Choisissez la périodicité de prélèvement : mensuelle trimestrielle semestrielle annuelle

La cotisation est payable d'avance.

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.

Je joins à mon bulletin les pièces justificatives indiquées au recto. J'atteste avoir reçu un exemplaire de la notice d'information référencée « NI-CCN Jardinerie - Surcomplémentaire santé-2016 ». 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.

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.