

## Frais de Santé | CCN des Établissements d'Enseignement Privés Sous Contrat (EEP SANTÉ) - Contrat surcomplémentaire collectif Option 3

### > 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 :

Régime socle obligatoire conventionnel Convention Collective des Etablissements d'Enseignement Privé sous Contrat CCN018100/10 - CCN018100/20 :

Régime Option 1 :  à adhésion obligatoire : CCN018103/10 - CCN018103/20  
 à adhésion facultative : CCN018106/10 - CCN018106/20

Régime Option 2 :  à adhésion obligatoire : CCN018103/10 - CCN018103/20  
 à adhésion facultative : CCN018106/10 - CCN018106/20  
CCN018108/10 - CCN018108/20

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

#### SOCLE :

CCN018100/10 - CCN018100/20

#### SURCOMPLÉMENTAIRE :

CCN018103/10 - CCN018103/20

CCN018106/10 - CCN018106/20

CCN018103/10 - CCN018103/20

CCN018106/10 - CCN018106/20

CCN018108/10 - CCN018108/20

### 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- **Faites remplir et signer** la partie « Adhérent »

5- **Datez et signez** votre bulletin et **renvoyez** le tout à :  
**Humanis Prévoyance**  
TSA 77374  
34186 Montpellier cedex 4

### > 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 « Convention Collective des Établissements d'Enseignement Privés sous Contrat » souscrit par votre employeur tel que défini ci-dessus.

• Si votre employeur a souscrit le contrat surcomplémentaire collectif facultatif Option 3, vous avez la possibilité d'y adhérer. Souhaitez-vous y adhérer ?

oui  non

L'appel des cotisations du contrat surcomplémentaire collectif facultatif Option 3 s'effectue sur votre compte bancaire selon les modalités définies ci-dessous.

Si vous bénéficiez du contrat surcomplémentaire collectif facultatif option 3, les bénéficiaires au titre de ce contrat sont strictement identiques à ceux affiliés au contrat socle conventionnel collectif obligatoire des Etablissements d'Enseignement Privés Sous Contrat et au régime Option 2.

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

mensuelle  trimestrielle  semestrielle  annuelle

## > COTISATIONS

### • Contrat surcomplémentaire collectif obligatoire Option 3

Les cotisations **sont complémentaires** à celles versées au titre du régime socle obligatoire conventionnel des Établissements d'Enseignement Privés Sous Contrat, du régime Option 1 le cas échéant, et du régime Option 2.

Cotisation mensuelle en euros	Option 3 régime général et régime Alsace Moselle	
Structure de cotisations		
Salarié	+ 2,53 €	+ 2,53 €
Famille	+ 13,96 €	+ 11,30 €

#### Affiliation des ayants droit

Cotisation mensuelle en euros	Option 3 régime général et régime Alsace Moselle
Les cotisations correspondantes ci-dessous <b>s'additionnent</b> aux cotisations du salarié	
Conjoint	+ 5,33 €
Enfant <sup>(1)</sup>	+ 1,38 €

(1) Gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant.

Les cotisations sont maintenues pour une période de deux ans, soit jusqu'au 31 décembre 2017 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité sociale.

### • Contrat surcomplémentaire collectif facultatif Option 3

Les cotisations **sont complémentaires** à celles versées au titre du régime socle obligatoire conventionnel des Etablissements d'Enseignement Privés Sous Contrat, du régime Option 1 le cas échéant, et du régime Option 2.

Cotisation mensuelle en euros	Option 3 régime général et régime Alsace Moselle
Structure de cotisations	
Salarié	+ 7,40 €

#### Affiliation des ayants droit

Cotisation mensuelle en euros	Option 3 régime général et régime Alsace Moselle
Les cotisations correspondantes ci-dessous <b>s'additionnent</b> aux cotisations du salarié	
Conjoint	+ 7,40 €
Enfant <sup>(1)</sup>	+ 4,00 €

(1) Gratuité à compter du 3<sup>ème</sup> enfant.

Les cotisations sont maintenues pour une période de deux ans, soit jusqu'au 31 décembre 2017 sauf en cas de modifications des dispositions législatives ou de la réglementation Sécurité sociale.

## 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 <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.

Je joins à mon bulletin les pièces justificatives indiquées en première page du présent bulletin. 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.

J'accepte de recevoir des informations sur les offres, produits et services du groupe Humanis (courrier, téléphone, SMS, MMS, email).

À  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 Debaq - 45777 Saran Cedex ou par courriel à [contact-cnil@humanis.com](mailto:contact-cnil@humanis.com). Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.