

BULLETIN D’AFFILIATION ET D’ADHÉSION INDIVIDUELLE



Affiliation Modification d’affiliation

Santé | CCN des industries du bois et l’importation des bois

ENTREPRISE

Raison sociale de l’entreprise

N° Siret

Lieu de travail

Date d’embauche du salarié

Date d’affiliation du salarié au contrat

Garanties souscrites :

- Contrat d’assurance collective du régime frais de santé « Contrat socle collectif obligatoire »
- Structure de cotisations Salarié / Conjoint / Enfant CCN026100/00
- Structure de cotisations Isolé / Famille CCN026100/01
- Contrat surcomplémentaire Collectif
- Structure de cotisations Salarié / Conjoint / Enfant CCN026101/00 - CCN026103/00
- Structure de cotisations Isolé / Famille CCN026101/01 - CCN026103/01

Statut du salarié :

- Personnel cadre
- Personnel non cadre

Je soussigné, certifie que le salarié ci-dessous désigné, fait partie des effectifs de l’entreprise à la date de signature de la présente déclaration d’affiliation.

Fait le

Signature et cachet de l’employeur

SALARIE

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 @

(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

POUR FACILITER L’ENREGISTREMENT DE VOTRE DÉCLARATION

1- **Ecrivez** en lettres capitales.

2- **N’oubliez pas de remplir :**

- le tableau des bénéficiaires à garantir;
- le mandat de prélèvement SEPA et la périodicité de paiement de votre cotisation (uniquement en cas d’adhésion à titre facultatif).

3 - **Joignez les pièces suivantes :**

- la photocopie de l’attestation jointe à votre carte Vitale, celle pour chaque membre de votre famille bénéficiant du contrat santé ;
- votre relevé d’identité bancaire ;
- la photocopie du livret de famille ;
- l’attestation de PACS ;
- 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 : certificat de scolarité, copie du contrat d’apprentissage ou de professionnalisation, attestation d’inscription au Pôle Emploi, carte d’invalidité, copie du dernier bulletin de salaire.

4- **Faites remplir et signer** la partie « Entreprise ».

5- **Datez et signez** votre déclaration renvoyez le tout à :

Humanis
TSA 49158
73025 Chambéry cedex



CHOIX DES GARANTIES

> Vos garanties conventionnelles

- Vous bénéficiez du contrat d'assurance collective du régime frais de santé « Contrat socle collectif obligatoire » n° CCN026100/00 ou CCN026100/01 souscrit par votre employeur.
- Souhaitez-vous faire bénéficier votre famille (conjoint et/ou enfants à charge tels que désignés ci-après) :
- du contrat d'assurance collective du régime frais de santé « Contrat socle collectif obligatoire » : OUI NON

> Vos garanties surcomplémentaires

Indépendamment de l'accord conventionnel des industries du bois et l'importation des bois, Humanis Prévoyance propose un contrat surcomplémentaire collectif obligatoire ou facultatif au choix de l'adhérent.

- Si votre employeur a souscrit le contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative, vous avez la possibilité d'y adhérer :

Souhaitez-vous y adhérer ? OUI NON

Formule retenue (cochez en fonction de votre souhait) :

- Amélioration Optique n°1
 Amélioration Optique n°2
 Amélioration Optique n°3

Périodicité de prélèvement choisie pour les cotisations à la charge exclusive du salarié : mensuelle trimestrielle semestrielle annuelle
 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 à adhésion obligatoire ou si vous souscrivez au contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative, 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.

COTISATIONS

Contrat socle collectif obligatoire

COTISATIONS EN % DU PMSS (1)		
Structure de cotisations	Régime général	Régime local Alsace Moselle
Salarié	0,76 %	0,38 %
Conjoint	0,88 %	0,44 %
Enfant (2)	0,56 %	0,28 %
COTISATIONS EN % DU PMSS (1)		
Isolé	0,76 %	0,38 %
Famille	2,02 %	1,01 %

Contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire.

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire.

COTISATIONS EN % DU PMSS (1) RÉGIME GÉNÉRAL ET RÉGIME ALSACE MOSELLE			
Structure de cotisations	Amélioration Optique n°1	Amélioration Optique n°2	Amélioration Optique n°3
Salarié	+ 0,07 %	+ 0,15 %	+ 0,22 %
Conjoint	+ 0,08 %	+ 0,17 %	+ 0,26 %
Enfant (2)	+ 0,05 %	+ 0,11 %	+ 0,18 %
Isolé	+ 0,07 %	+ 0,15 %	+ 0,22 %
Famille	+ 0,18 %	+ 0,40 %	+ 0,61 %

Contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative

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

COTISATIONS EN % DU PMSS (1) RÉGIME GÉNÉRAL ET RÉGIME ALSACE MOSELLE			
Structure de cotisations	Amélioration Optique n°1	Amélioration Optique n°2	Amélioration Optique n°3
Salarié	+ 0,08 %	+ 0,17 %	+ 0,26 %
Conjoint	+ 0,09 %	+ 0,19 %	+ 0,30 %
Enfant (2)	+ 0,06 %	+ 0,12 %	+ 0,20 %
Isolé	+ 0,08 %	+ 0,17 %	+ 0,26 %
Famille	+ 0,20 %	+ 0,46 %	+ 0,70 %

(1) Plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 218 € en 2016

(2) Gratuité à compter du 3^{ème} 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.



BÉNÉFICIAIRE(S) À COUVRIR (moyennant le paiement des cotisations correspondantes)

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale ⁽³⁾
Conjoint ⁽¹⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	salarié <input type="checkbox"/> profession indépendante <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
1 ^{er} enfant ⁽²⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> à la recherche d'un 1 ^{er} emploi <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
2 ^{ème} enfant ⁽²⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> à la recherche d'un 1 ^{er} emploi <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
3 ^{ème} enfant ⁽²⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> à la recherche d'un 1 ^{er} emploi <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
4 ^{ème} enfant ⁽²⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> à la recherche d'un 1 ^{er} emploi <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		

(1) ou partenaire lié par un PACS ou concubin - (2) enfant à charge au sens du régime - (3) sous lequel sont effectués les remboursements.

Je joins à cette déclaration d'affiliation les pièces justificatives indiquées en première page du présent bulletin.

Afin de permettre le remboursement rapide de mes frais de santé, j'autorise l'échange d'information par télétransmission entre ma caisse d'Assurance Maladie et Humanis Prévoyance. La notice d'information me sera remise par mon employeur.

À le Signature du Participant précédée de la mention "lu et approuvé"