

# BULLETIN D'AFFILIATION ET D'ADHÉSION INDIVIDUELLE

Adhésion  Modification d'adhésion

Frais de santé | CCN des Bureaux d'Études Techniques, cabinets d'ingénieurs conseils, sociétés de conseils - Contrats surcomplémentaires au régime conventionnel - Options standards



## > ADHÉRENT

Nom

N° Siren  N° IDCC

Lieu de travail

### Garanties souscrites :

- Contrat surcomplémentaire obligatoire au régime conventionnel (salarié + enfant(s) à charge) CCN023105/00 :

Surcomplémentaire 3  
OU  Surcomplémentaire 4  
OU  Surcomplémentaire 5

- Contrat surcomplémentaire facultatif au régime conventionnel (salarié + enfant(s) à charge) CCN023106/00 :

Surcomplémentaire 3  
OU  Surcomplémentaire 4  
OU  Surcomplémentaire 5

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.

À  le  *Signature et cachet de l'Adhérent*

## RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

N° de contrats :

CCN023105/00 - CCN023106/00

CCN023105/01 - CCN023106/01

## 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. 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 bénéficiaire, assuré social en propre.
- votre relevé d'identité bancaire.

Et selon votre situation :

- **conjoint pacsé** : la photocopie de l'attestation de PACS,
- **s'agissant des enfants** : pour les enfants **de plus de 18 ans**, un certificat de scolarité.

4- **Datez et signez** votre bulletin

5- **Transmettez le tout impérativement à votre employeur.**

## > PARTICIPANT

M.  Mme Nom  Prénom

Nom de jeune fille

N° de Sécurité sociale

Date de naissance

Pays de naissance

Commune de naissance

Adresse

Code postal  Ville

N° téléphone portable  N° téléphone

Je souhaite recevoir des informations (ex : remboursements significatifs) par SMS :  OUI  NON

E-mail  @

Verspieren utilise l'adresse e-mail pour l'envoi d'informations relatives aux remboursements et au contrat d'assurance, et s'engage à ne communiquer vos coordonnées à aucun organisme extérieur.

Situation de famille :  Marié(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)  Célibataire  Vie maritale  PACS

**Télétransmission avec votre caisse primaire d'assurance maladie** (si aucune case n'est cochée, la connexion sera établie).

J'accepte la connexion  Je n'accepte pas la connexion (je n'ai donc pas de carte de tiers payant)

## > GARANTIES

- Si votre employeur a souscrit au « contrat surcomplémentaire obligatoire au régime conventionnel » n° CCN023105/00, vous et vos enfants à charge en bénéficiez.

**Les enfants à charge sont ceux couverts au titre du contrat collectif du régime conventionnel.**

- Si votre employeur a souscrit au « contrat surcomplémentaire facultatif au régime conventionnel » n° CCN023106/00, vous avez la possibilité d'y adhérer pour votre compte et celui de vos enfants à charge :

Souhaitez-vous y adhérer ?  OUI  NON

- Niveau de garanties surcomplémentaire facultatif choisi par le Participant si souscrite par l'Adhérent.

- > **surcomplémentaire 3**
- > **surcomplémentaire 4**
- > **surcomplémentaire 5**

**Les enfants à charge sont ceux couverts au titre du contrat collectif du régime conventionnel.**

## > EXTENSION CONJOINT (CCN023115/01 - CCN023116/01)

**Si votre employeur a souscrit :**

- **au contrat surcomplémentaire obligatoire au régime conventionnel n° CCN023105/00**

Souhaitez-vous étendre la couverture à titre facultatif à votre conjoint, partenaire de PACS, concubin ? :  OUI  NON

- **au contrat surcomplémentaire facultatif au régime conventionnel n° CCN023106/00**

Si vous l'avez souscrit, souhaitez-vous étendre la couverture à titre facultatif à votre conjoint, partenaire de PACS, concubin ? :  OUI  NON

**Le conjoint, partenaire de PACS, concubin est la personne couverte à ce titre par la surcomplémentaire option 2 du régime conventionnel sous le contrat « extension conjoint ».**

**Votre conjoint/concubin conservera-t-il sa propre complémentaire santé (en plus de celles gérées par Verspieren) à la date de votre adhésion au contrat santé ? :  OUI  NON**

- > **Si oui, il ne peut bénéficier des remboursements par envoi automatique à Verspieren, ni du tiers payant. Le remboursement sera effectué sur présentation du décompte original de sa première mutuelle accompagné des éventuelles factures.**
- > **Si non, il bénéficiera de la télétransmission et du tiers payant.**

## > COTISATIONS

Les cotisations correspondantes ci-dessous sont à la charge exclusive du salarié et prélevées sur son compte bancaire, mensuellement le 10 de chaque mois. Elles sont complémentaires à celles versées au titre des contrats d'adhésion collectifs du régime conventionnel.

Cotisations en euros	Régime Surcomplémentaire 3		Régime Surcomplémentaire 4		Régime Surcomplémentaire 5	
	Régime Général	Régime Alsace - Moselle	Régime Général	Régime Alsace - Moselle	Régime Général	Régime Alsace - Moselle
<b>Salarié + enfant(s) à charge (CCN023105/00 - CCN023106/00)</b>						
<b>Surcomplémentaire facultative</b> (en complément du socle de base obligatoire et de la surcomplémentaire option 2 facultative du régime conventionnel)	12,00 €		24,00 €		36,00 €	
<b>Surcomplémentaire facultative</b> (en complément de la surcomplémentaire option 1 obligatoire et de la surcomplémentaire option 2 facultative du régime conventionnel)	14,40 €		26,40 €		38,40 €	
<b>Surcomplémentaire facultative ou obligatoire</b> (en complément de la surcomplémentaire option 2 obligatoire du régime conventionnel)	14,70 €		26,70 €		38,70 €	
<b>Extension facultative au conjoint, partenaire de PACS ou concubin du Participant (CCN023105/00 - CCN023105/01)</b>						
<b>Régime facultatif</b>	8,40 €		18,00 €		26,40 €	

## > ENGAGEMENT

Je joins à mon bulletin les pièces justificatives indiquées en 1<sup>ère</sup> page du présent bulletin.  
La notice d'information me sera remise par mon employeur.

Je souhaite recevoir des informations sur les offres, produits et services du groupe Humanis  par e-mail  par sms. Si vous avez coché la (les) case(s) ci-dessus, les données à caractère personnel sont collectées pour les besoins de votre demande d'informations, mais sont également susceptibles d'être utilisées à des fins d'information sur les offres, produits et services proposés par le groupe Humanis et ses partenaires en charge d'activités confiées par le groupe.

À  le  Signature du salarié précédée de la mention « *lu et approuvé* »

En cas de souscription au contrat surcomplémentaire collectif facultatif au régime conventionnel, vous pouvez renoncer au contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter de votre affiliation. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, datée et signée, et envoyée à l'adresse de votre centre de gestion mentionnée à la page suivante.

Elle peut être rédigée suivant le modèle figurant sur votre notice d'information.

## > CONSEILS PRATIQUES

**Dès l'enregistrement de votre adhésion, vos codes d'accès au site Visalta salarié vous sont envoyés par e-mail ou par courrier (découvrez-y les nombreux services en lignes proposés).**

**Pour bénéficier des services et remboursements, j'informe Verspieren de tout changement d'adresse par courrier ou directement sur l'extranet Visalta (rubrique : Mon profil). J'envoie à Verspieren la copie de l'attestation Vitale en cas de changement de caisse d'assurance maladie. Cette attestation est téléchargeable sur le site ameli.fr**

**Vous pourrez connaître la situation de la télétransmission en vous connectant à notre extranet Visalta (visalta.verspieren.com) ou sur le site de la Sécurité sociale (assure.ameli.fr).**

**Je bénéficie des garanties par le biais de mon employeur. En cas de rupture du contrat de travail (hors dispositions particulières), je ne serai plus couvert et ne pourrai plus utiliser ma carte de tiers payant Verspieren. Je devrai la retourner à mon employeur ou à Verspieren. Il me sera demandé de rembourser les sommes éventuellement perçues à tort.**

### Coordonnées Verspieren

#### Courrier :

Verspieren  
Service Adhésion  
Assurance de personnes  
1, avenue François Mitterrand  
BP 30200  
59446 Wasquehal cedex

**Téléphone :** 03 20 45 33 33

**E-mail :** adp@verspieren.com

**Site web de vos frais de santé :** visalta.verspieren.com

Humanis Prévoyance - Institution de Prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°410 005 110 - Siège social : 29 Boulevard Edgar Quinet 75014 Paris cedex. Notre organisme est soumis au contrôle de l'ACPR - 4 place de Budapest - CS 92549 - 75436 Paris cedex 09. Verspieren S.A. à directoire et conseil de surveillance au capital de 1 000 000 € - Siren 321 502 049 - RCS Lille Metropole N° Orias 07 001 542 - www.orias.fr • L'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance • Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations que vous nous communiquez sont traitées par l'organisme assureur, responsable de traitement, ou l'organisme gestionnaire par délégation. Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude. Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance. En cas de conclusion d'un contrat, vos données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, vos données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant de votre part (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). Vous trouverez l'ensemble des durées de conservation de vos données sur le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement de vos données personnelles ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : protection-donneespersonnelles@humanis.com ou à Groupe HUMANIS - cellule Protection des données personnelles - 141 rue Paul Vaillant Couturier - 92246 Malakoff cedex. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Nous pouvons vous demander de nous fournir un justificatif d'identité pour confirmer votre identité avant de répondre à votre demande. Pour en savoir plus, consultez le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>. En tout état de cause, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07 • Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous bénéficiez du droit de vous inscrire gratuitement sur la liste dite « Bloctel » d'opposition au démarchage téléphonique, accessible par le lien [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr), conformément aux dispositions des articles L.223-1 à L.223-7 du code de la consommation. Toutefois, tant que le contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, cette inscription n'interdit pas à l'Institution de vous démarcher téléphoniquement si vous ne vous êtes pas opposé auprès de l'Institution, à l'adresse mentionnée ci-dessus, à l'utilisation de vos coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.