

Humanis Santé Agricole

Contrat socle et surcomplémentaire obligatoire et facultatif I
Personnel non affilié à l’AGIRC

> ENTREPRISE (partie à remplir par l’entreprise) Affiliation Modification d’affiliation

Raison sociale de l’employeur

N° Siren

Lieu de travail

Date d’affiliation du salarié au contrat (ou date de modification)

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

À

Signature et cachet de l’entreprise :

le

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

POUR FACILITER L’ENREGISTREMENT DE VOTRE AFFILIATION

- Ecrivez en lettres capitales.
- Remplissez au verso le tableau des bénéficiaires de votre contrat Santé.
- Joignez les pièces suivantes :**
 - la photocopie de l’attestation jointe à votre carte Vitale, pour chaque bénéficiaire.
 - votre relevé d’identité bancaire.
 - le mandat de prélèvement SEPA si vous avez adhéré au contrat renforcé collectif facultatif avec paiement direct par vos soins.

Pour nous permettre l’étude des droits d’inscription de vos bénéficiaires :

- enfant de plus de 18 ans :** tout document justifiant de sa situation actuelle (copie de la carte d’étudiant, copie du contrat d’apprentissage ou de professionnalisation, attestation d’inscription au Pôle Emploi ou carte d’invalidité),
- conjoint marié :** copie du livret de famille ou du certificat de mariage,
- partenaire lié par un PACS :** attestation de PACS,
- concubin :** attestation sur l’honneur de concubinage signée par les 2 concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d’imposition, facture EDF, bail commun, attestation d’assurance...),
- ascendant et descendant à charge :** copie de votre dernier avis d’imposition.

- Datez et signez votre bulletin.
- Transmettez votre dossier à votre employeur.

> SALARIÉ (partie à remplir par le salarié)

Civilité : M Mme Mlle

Nom

Nom de naissance

Prénom

N° de Sécurité sociale Sexe : F M

Date de naissance

Situation de famille

célibataire concubin(e) pacsé(e) marié(e) séparé(e) divorcé(e) veuf(ve)

Rés, Bât, Appt.

N° Adresse

Code postal Ville

Téléphone

Email @

> ADHÉSION INDIVIDUELLE AU CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF

Je soussigné(e), M., Mme. ou Mlle , demande à adhérer individuellement au contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

GARANTIES :

Je retiens la formule suivante, dans les conditions décrites à la notice d’information :

Option 1 Option 2

COTISATIONS :

Selon le choix effectué par l’entreprise, le prélèvement des cotisations s’effectue auprès de l’entreprise qui en assure le précompte ou par prélèvement direct sur le compte bancaire du salarié.

Dans ce dernier cas, choisissez la périodicité de prélèvement : mensuelle trimestrielle semestrielle annuelle

La cotisation est payable d’avance.

L’adhésion ne sera effective qu’à l’issue des vérifications règlementaires incombant aux entreprises d’assurance.



> BÉNÉFICIAIRES À GARANTIR

	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 (3)	<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"/> inscrit Pôle emploi <input type="checkbox"/> autre <input type="text"/>		
2 ^e enfant (3)	<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"/> inscrit Pôle emploi <input type="checkbox"/> autre <input type="text"/>		
3 ^e enfant (3)	<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"/> inscrit Pôle emploi <input type="checkbox"/> autre <input type="text"/>		
Ascendant (3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			

(1) conjoint, pacsé, concubin au sens du régime - (2) sous lequel sont effectués les remboursements. - (3) ascendant ou descendant à charge au sens du régime.

> ENGAGEMENT

Si vous avez demandé l'adhésion au contrat renforcé collectif facultatif, les bénéficiaires de celui-ci sont nécessairement les mêmes que ceux du contrat collectif obligatoire.

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.

Je joins à mon bulletin les pièces justificatives indiquées au recto.

J'atteste avoir reçu un exemplaire des notices d'informations référencées NI/HSA/FS-07.2017, le cas échéant NI/HP/HSAFAC/FS-07.2017 et le cas échéant NI/HP/HSASurcomp/FS-07.2017, la notice d'information Assistance référencée F 17S 0494, la notice d'information complémentaire Itelis 01.2018 et des Conditions Générales d'utilisation médicale référencées CGU Téléconsultation 01.2017.

Par ma signature, j'accepte que les données de santé que je communique en vue de permettre le règlement des prestations fassent l'objet de traitements (y compris informatisés) sous le contrôle du Médecin-conseil d'Humanis Prévoyance.

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.

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, conformément aux dispositions des articles L223-1 et L223-7 du code de la consommation.

Si vous souhaitez recevoir des informations et sollicitations de notre plateforme Direct Entreprises relatives au contrat surcomplémentaire collectif facultatif, cochez cette case :

En cas de souscription au contrat surcomplémentaire facultatif via Direct Entreprises vous pouvez renoncer à votre adhésion au présent contrat pendant 15 jours calendaires révolus à compter de la réception du certificat d'adhésion. 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 sur votre certificat d'adhésion. Elle peut être rédigée suivant le modèle figurant dans votre Notice d'information.

Par ma signature, j'accepte que les données de santé que je communique en vue de permettre le règlement des prestations fassent l'objet de traitements (y compris informatisés) sous le contrôle du Médecin-conseil d'Humanis Prévoyance.

À
le

Signature du Participant

Les données personnelles que vous nous communiquez via ce formulaire sont nécessaires à la gestion de votre contrat. Elles sont destinées exclusivement aux entités composant le groupe Humanis ainsi qu'aux partenaires du groupe en charge d'activités confiées par ce dernier. Conformément à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant à exercer par courriel à contact-cnll@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe Humanis – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Vous disposez également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données. Vos données personnelles sont conservées pendant une durée maximale de deux années à compter de la fin des relations contractuelles vous liant au groupe Humanis. Le groupe prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformément à la loi précitée.

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 - Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 61 rue Taitbout 75436 Paris cedex 9 - Les garanties assistance sont portées par Filassistance International, société anonyme au capital de 3.500.000 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre, sous le n° 433 012 689, située au 108, Bureaux de la Colline - 92213 Saint cloud cedex.