

Affiliation Modification d'affiliation

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

> SALARIÉ (partie à remplir par le salarié)

Civilité : M Mme M^{lle}

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 @

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° ENTREPRISE

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE AFFILIATION

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Remplissez au verso le tableau des bénéficiaires de votre contrat Santé.
- 3- 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.

- 4- Dater et signez votre bulletin.
- 5- Transmettez votre dossier à votre employeur.

> 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/HASurcomp/FS-07.2017, la notice d'information Assistance référencée F 175 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 Malakoff Médéric Humanis par e-mail par sms.

Si vous avez coché la (les) case(s) ci-dessus, vos coordonnées personnelles 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 Malakoff Médéric Humanis et ses partenaires en charge d'activités confiées par le groupe.

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

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. • 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. • L'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance. • L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09. • 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 Malakoff Médéric Humanis à l'adresse URL suivante : <https://malakoffmederic-humanis.com/politique-protection-malakoff-mederic-humanis>. 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 Malakoff Médéric 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 Malakoff Médéric Humanis à l'adresse URL suivante : <https://malakoffmederic-humanis.com/politique-protection-malakoff-mederic-humanis>. En tout état de cause, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenay - 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, conformément aux dispositions des articles L.223-1 à L223-7 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.

NOS COORDONNÉES

Malakoff Médéric Humanis : TSA 47371 - 34186 Montpellier cedex 4