BULLETIN D'AFFILIATION ET D'ADHÉSION INDIVIDUELLE

Humanis

Frais de Santé | Accord départemental du 11 septembre 2009 pour les salariés agricoles non affiliés à l'AGIRC du Var - CDD de moins d'un mois

> EMPLOYEUR (ADHÉRENT)

Raison sociale

Lieu de travail

Siren/Siret ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ Code NAF ☐☐☐☐☐

Je soussigné, certifie que le salarié ci-dessous désigné, est présent aux effectifs de l'établissement à la date de signature de la présente déclaration.

À le ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ***Signature et cachet de l'établissement***

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE BULLETIN

1- Ecrivez en lettres capitales.
2- Remplissez le mandat de prélèvement joint.
3- Cochez obligatoirement l'accord dont vous relevez.
4- Datez, signez votre déclaration
5- Transmettez le tout à :
Humanis
TSA 47371
34186 Montpellier cedex 4

> SALARIÉ

Nom

Nom de Naissance

Prénom

N° MSA ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Sexe ☐ F ☐ M Civilité ☐ M. ☐ Mme

Situation de famille : ☐ célibataire ☐ concubin(e) ☐ divorcé(e) ☐ marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ séparé(e) ☐ veuf(ve)

Date de naissance ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Date d'entrée dans l'établissement ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Date de fin de contrat (si CDD) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Date d'effet de l'adhésion ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

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.

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

Je joins à mon bulletin les pièces justificatives indiquées. La notice d'information me sera remise par mon employeur.

J'accepte que mon adhésion auprès d'Humanis Prévoyance prenne effet à la date d'effet de l'adhésion indiquée sur le présent bulletin et je reconnais avoir été informé du montant des cotisations dues.

A **le** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ***Signature du Participant 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 Debacq – 45777 Saran cedex ou par courriel à contact-cnil@humanis.com. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.

IMP2369-01HUMANISP02-18 • **Humanis Prévoyance**, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale - Siège social : 29, boulevard Edgar Quinet, 75014 Paris. Notre organisme est soumis au contrôle de l'ACPR - 61 rue Taitbout 75436 PARIS Cedex 09.